

دكتور عبد الله عسكر



# الاضطرابات النفسية للأطفال



مكتبة الأناضول المنشورية



هنا سور الأزبكية  
غواص في بحر الكتب  
باحثون

# الاضطرابات النفسية للأطفال

دكتور

عبد الله عيسى

أستاذ ورئيس قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة الزقازيق

الطبعة الأولى

٢٠٠٥



الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة



اسم الكتاب: الاضطرابات النفسية للاطفال

اسم المؤلف: د/عبدالله عسكر

اسم الناشر: مكتبة الانجلو المصرية

اسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان

رقم الايداع: 2711 لسنة 2005

التفقيم الدولي: I-S-B-N 977-05-2118-3

إهداء

إلى زوجتي وزمبنتي وفرة هبني و / ربّ الدري  
والسنة شريف .. اللهم آمين

تجبرام



غواكس في بحر الكتب

## الفهرس

١١	مقدمة
----	-------

### الفصل الأول

#### التخلف العقلى

١٨	- مظاهر للتخلف العقلى
٢١	- تصنيف للتخلف العقلى
٢٢	أولاً : تخلف عقلى لأسباب وراثية
٢٢	- زملة دارون
٢٢	- زملة متاشة الكرموزوم X
٢٣	- زملة يرادر ويلى
٢٣	- زملة مواء القسطط
٢٣	- الغنايل كينتون يوريا
٢٣	- اضطراب ريت
٢٤	- البول نور رائحة القيقب
٢٤	- تاجى مارك
٢٤	- الأورام المصبية اللينة
٢٤	- التصلب الحدبى
٢٥	- زملة ريتش نيهان
٢٥	- الإستسقاء الدماغى
٢٥	- الإضطراب الهرمونى
٢٥	- التوسع أو التضاوة
٢٦	ثانياً : تخلف عقلى بسبب اضطراب الأم الحامل
٢٦	- عامل الريزويس
٢٦	- الأمراض المعدية

- ٢٧ ..... ثالثاً : تخلف عقلي ناتج عن حوادث الولادة
- ٢٧ ..... رابعاً : تخلف عقلي ناتج عن إصابة الطفل بالعدوى
- ٢٧ ..... خامساً : تخلف عقلي ناتج عن صلعات الرأس
- ٢٧ ..... سادساً : تخلف عقلي لثقافي
- ٢٨ ..... معايير تشخيص التخلف العقلي
- ٢٨ ..... العلاج والوقاية من التخلف العقلي

## الفصل الثاني

### اضطرابات التعلم

#### اضطرابات التواصل

- ٣٣ ..... أولاً : اضطرابات التعلم
- ٣٣ ..... - اضطراب القراءة
- ٣٤ ..... - اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية
- ٣٥ ..... - اضطراب القدرة الحسابية
- ٣٥ ..... - علاج اضطرابات التعلم
- ٣٧ ..... ثانياً : اضطرابات التواصل
- ٣٧ ..... - اضطراب التعبير اللفظي
- ٣٩ ..... - اضطراب الإستقبال اللفظي
- ٣٩ ..... - اضطراب الطلق الارتفاعي
- ٣٩ ..... - التأتأة

## الفصل الثالث

### الاضطرابات الارتقائية المنتشرة

- ٤٥ ..... - اضطراب الذاتية أو للتوحد
- ٤٩ ..... - اضطراب ريت
- ٥٠ ..... - اضطراب الطغولة التفكيرية
- ٥١ ..... - اضطراب أمبرجر



- ٥٣ ..... اضطراب المهارات الحركية

## الفصل الرابع

### اضطرابات تشتت الانتباه

#### والسلوك التخريبي

- ٥٧ ..... أولاً : اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط
- ٥٧ ..... - المؤشرات التشخيصية
- ٥٧ ..... - مدى الانتشار
- ٥٨ ..... - أسباب الاضطراب
- ٥٩ ..... - معايير للتشخيص
- ٦٠ ..... - العلاج
- ٦١ ..... - اضطراب السلوك
- ٦٤ ..... - العلاج
- ٦٦ ..... ثانياً : اضطراب التحدى والمعارضة
- ٦٦ ..... - معايير التشخيص
- ٦٧ ..... - العلاج
- ٦٨ ..... - اضطرابات التغذية
- ٦٨ ..... - الشوق أو الرجم
- ٦٩ ..... - اجتياز الطعام
- ٦٩ ..... - اضطراب التغذية المبكرة
- ٧٠ ..... - اضطرابات الاوازن
- ٧٠ ..... - اضطراب ثوريت
- ٧١ ..... - اضطراب اللزعة الحركى أو الصوتى المزمن
- ٧١ ..... - اضطراب اللزعة العابر

## الفصل الخامس

### اضطرابات الإخراج

٧٥	أولاً : العزل اللاإرادي
٧٥	- المظاهر التشخيصية
٧٥	- مدى الانتشار
٧٥	- الأسباب
٧٦	- العلاج
٨٠	ثانياً : التبرز اللاإرادي
٨١	- العلاج
٨١	- اضطرابات القلق
٨٢	أولاً : قلق الانفصال
٨٢	- معايير التشخيص
٨٣	- مدى الانتشار
٨٤	- الأسباب
٨٥	ثانياً : قلق الخوف
٨٦	ثالثاً : قلق السحب الاجتماعي
٨٧	علاج القلق

## الفصل السادس

### الاضطرابات المزاجية عند الأطفال

٩١	- أسباب اضطرابات المزاج
٩٢	- المظاهر الإكلينيكية
٩٢	أولاً : نوبات اكتئابية كبرى
٩٣	ثانياً : عصر المزاج
٩٣	ثالثاً : الاضطراب ثنائي القطب
٩٤	رابعاً : القند والحداث

- ٩٤ - العلاج
- ٩٥ - الانتحار
- ٩٧ - اضطرابات الأداء الاجتماعي
- ٩٧ أولاً : الصمت الإنشائي
- ٩٧ - العلاج
- ٩٧ ثانياً : اضطراب التعلق للطفل
- ٩٨ - العلاج
- ٩٩ - اضطراب الحركة النمطية
- ٩٩ - العلاج
- ١٠٠ - الغصام عند الأطفال
- ١٠١ - العلاج
- ١٠٢ - اضطرابات النوم
- ١٠٢ - الأرق
- ١٠٢ - انقش أثناء النوم
- ١٠٣ - الإبرعاج والرعب الليلي
- ١٠٤ - مشكلة الإدمان عند الأطفال
- ١٠٥ - الوقاية والعلاج

## الفصل السابع

### مشكلات نفسية متعددة

- ١٠٩ - مشكلة الغيرة
- ١١١ - مشكلة اللغز
- ١١٢ - مشكلة الكذب
- ١١٤ - للوقاية والعلاج
- ١١٥ - للمشاكل الجنسية
- ١١٦ - المشكلات الناتجة عن الإساءة للطفل

١١ ————— الاضطرابات النفسية للأطفال —————

- ١١٩ - معدلات الانتشار .....
- ١٢٠ - الأسباب .....
- ١٢٠ - المظاهر للتشخيصية .....
- ١٢٠ - الإماعة الجسدية .....
- ١٢١ - الإماعة الجنسية .....
- ١٢٣ - الإماعة الإنفعالية .....
- ١٢٤ - العلاج والوقاية من الإماعة .....
- ١٢٧ - المراجع العربية .....
- ١٢٨ - المراجع الأجنبية .....

## مقدمة

تشكل الطفولة القاعدة الأساسية للمراحل اللاحقة التي تقدر ما الذي ستكون عليه الشخصية في سواتها واضطرابها ، فمعد بدايات علم النفس الحديث وجدت دراسات الطفولة طريقها إلى النور كمدخل ثري في فهم الاضطرابات النفسية لدى الراشدين ، حيث يشكل التاريخ النمائي للفرد القاعدة الأساسية التي يبني عليها علماء النفس الإكلينيكيون تشخيصهم الحالي للاضطراب وفق ما يسمى بأسلوب تاريخ الحالة ، فلقد بنى سيغموند فرويد مؤسس التحليل النفسي بمراحل الطفولة ، واعتبر حجر الزاوية في بناء الشخصية حين أراد أن يؤكد فروضه حول الجنسية الطفولة التي ذهبت إلى تحديد مناطق شعبة حسية من الميلاد حتى البلوغ .

تلك المراحل التي استحوذت على الانتباه الأكاديمي من دراسات التحليل النفسي سواء امتلزمة مع الأفكار الفرويدية أو التطورات اللاحقة لدى ميلاني كلاين وأنا فرويد وريشه شبيذ وإريك اريكسون ومارحريت ماهر وأديث جنكسون . وغيرهم من الذين ركزوا العمل في اضطرابات الطفولة كأساس لكل اضطراب لاحق ، حيث تجرى الصنعة العامة للاضطرابات النفسية من وجهة نظر التحليل النفسي كالآتي

حيث لا بقوى للرائد على مغالبة مطالبه بل واقعي منصف نظراً لصحامة الإحباط أو لاستعداد بشئى قوامه عدم القدرة على تحمل الإحباط ، وعلى الغالب ما يكون السبب معاً ، وهذا ما يؤدى بالرائد إلى التكوّن إلى مراحل نمائية سابقة كانت قدرته عليها على تحمل الإحباط أكثر ( مصطفى زبور ، ١٩٨٦ ) ، ليأثى جاك لاكن العمل النفسى الفرسى الشهير لبؤس نظريته على أساس مرحلة المرأة التي تشكل أساس المكون الحيالى لينطلق الطفل من عالم الصورة إلى عالم الكلمة في تبادل دلالى بعمليات متلاحقة تمتد طوال العمر وفقاً للنمى الإكلينيكية للذهان والصحاب والانحراف التي تبنى في مراحل العمر المبكرة .

وفي الإنهاء الآخر كان ظهور المدرسة السلوكية التي اهتمت بعمليات التعلم في إطار التعزيز والاستجابة حيث ركز جون واتسون على دراسة السلوك ، ورسند إلى بعوث لعالم الروسى بافوف في صياغة للنظرية السلوكية حيث أشارت بحوثهم إلى أن الاضطرابات السلوكية أو النفسية ما هى إلا اضطراب عمليات التعلم واكتساب العادات السلوكية المتطرية ، وما حدث من تطور على هذه النظرية بإسهامات

نورديايف وجانزى وهل حتى وصلت إلى المنحى السلوكى المعروف على يد روثر وباندورا وسلوجمان وريترى وأرون بيك وغيرهم . فضلاً عن الإسهامات الكبرى لجانزى بجانبه فى تأسيس المعرفة العلمية الحققة من خلال الملاحظة الإرتقائية للحياة النفسية للأطفال وإسهامات لفريد بينيه للعالم القومى الشهير فى القياس العقلى ، فبفضل دراسات الطفولة كانت النظريات الكبرى فى الاضطرابات النفسية ، وأصبح علم النفس الإرتقالي من العلوم الأساسية لكل الدارسين لعلم النفس كقاعدة أساسية لفهم الظاهرة النفسية ، ولم تعد اضطرابات الطفولة جزء من مؤلفات الأمراض النفسية ، بل ظهرت إصدارات خاصة بالتحليل النفسى للأطفال والاضطرابات السلوكية للأطفال والصحة النفسية والإرشاد النفسى والعلاج النفسى للأطفال فضلاً عن الطب النفسى للأطفال .

وبأسى هذا الكتاب كمسجل نصى للاضطرابات النفسية عند الأطفال مستنداً إلى المنهج التكاملى فى العرض ، فما من شك بأن كل النظريات النفسية التى تحاول تفسير الاضطرابات النفسية لا نستطيع أن نعزف منعزلة خارج المطريات الأخرى مهما حاولت التأكيد على سحة النظرية وانعزادها بالجواب الشافى عن سؤال الاضطرابات النفسية خاصة فى العصر الحديث الذى يؤكد سيادة المنهج العلمى وبحرير علم النفس من يران الأيديولوجيا التى تنطلق منها النظريات ، حيث سهمت الصراعات القديمة بين التيار السلوكى والتيار التحليلى فى دفع عجلة البحوث النفسية إلى أمام ، فأصبحت المفاهيم متبادلة بين النظريات ، ولكن يتناول مختلف أو تفسيرات مختلفة ، ولكنها جميعاً تسعى إلى الوصول إلى حلول إيجابية لمشكلات المطروحة ، فالاستناد إلى نظرية واحدة يعنى تعصب أيديولوجى أحادى النظرة حيث يصبح التناول العلمى تناولاً ذكياً وجدانياً أو موضوعياً جامداً فى الوقت الذى ينبغي أن يكون فيه التناول متكامل من الوجدان والمعرفة الموضوعية ، فالذين يدعون أن فى نظريتهم حلول لكل شيء فإنهم لا يقدمون حلاً إلا فى عقولهم وكتاباتهم ، هم من نظرية تلك الحقيقة ، إنما هى أجزاء من الحقيقة تكامل فى العقول والكتابات والصياغات البشرية والتدخلات التشخيصية والعلاجية لتجميع أجزاء الحقائق فى كل متجانس يسهم إلى حد كبير فى تحقيق مستوى محقول من الصحة النفسية للأطفال وغيرهم لننتقل من عالم الفرد ( اللاعب المنفرد ) إلى الفريق المتكامل لتقديم الخدمات النفسية ، فالأخصائى النفسى لا يستطيع العمل منفرداً بدون الطبيب النفسى والأخصائى الاجتماعى . فضلاً عن الدور الحيوى الذى تلعبه أقسام التحاليل الطبية والقياسات الصحية والمعلمين فى الرعاية للصحة الأولية ، والأدوار المساعدة الأخرى

من آباء ومعلمين ورجال دين وغيرهم من الذين يستطيعون الإسهام بدور فعال في تحقيق الصحة النفسية للأطفال كأساس لعلم الوقاية النفسية الذي يساعد على إقرار الأفراد القديرين على التعامل بكفاءة في إدارة أنفسهم وعلاقاتهم وصولاً إلى مستوى عالٍ من الإنتاجية حيث يتحقق مفهوم الصحة النفسية وهو العدء على الحب والعمل

ولقد تناولنا الاضطرابات النفسية للأطفال من المنظور التكاملى الحديث ، حيث نكتب لحرص طبعاً للإسهامات الأكثر فائدة طبعاً لنوع وطبيعة الاضطراب ، بمعنى ابتداء لمعلومات الدقيقة والمباشرة والأكثر جدوى وهى للتوجهات النظرية المختلفة ، ولتعدد الأساليب العلاجية المناسبة وهى لتنوع الاضطرابات .

فمن منطلق انديولوجى بدعو للتخير لتدار على حساب تدار آخر ، بل على لعكس نحتز لما هه الفائدة القصوى للطلاب والباحثين والمربين .

ونسال الله أن يوفقنا فى عرضنا هذا بما يعود نفعاً فائدة على المتخصصين والمربين ولقائمين على رعاية الأطفال .

عبدالله عسكر

الرحاب فى ٢٠ / ١٠ / ٢٠٠٣





الفصل الأول

## التخلف العقلي



## الفصل الأول

### التخلف العقلي

إن أخطر الاضطرابات التي تصيب الأطفال في مراحل نموهم المختلفة هو اضطراب التخلف العقلي الذي يأخذ مساحة كبيرة من ميدان الاضطرابات النفسية للأطفال ، فالتخلف العقلي علة في المثير للدراسة للشمسية الإنسانية ، فإذا كان الإنسان كائن عاقل ، فإن الاضطراب في الوظائف العقلية يجعله مجرد كائن ، مجرد وجود بيولوجي يشكل عبئاً على الأسرة والمجتمع وأزمة حادة لذلك المصاب بالتخلف العقلي .

ولقد حددت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي The American Association of Mental Deficiency (A A M D) تعريفاً للتخلف العقلي بأنه « قصور دون المستوى في القدرة العقلية العامة أو الذكاء . بسبب أو يكون مصحوباً بـ قصور في السلوك التكيفي ، ويظهر أثناء فترات النمو قبل سن الثالثة عشر .

بينما يعتبر التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض النفسية : International Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD-10) التخلف العقلي ، نوصف أو عدم اكنمال العقل ، مصحوباً بـ قصور في مستوى الذكاء والمهارات والقدرة على الحركة والمعرفية والاجتماعية ويكون قصور السلوك التكيفي علامة بارزة لدى المصابين بالتخلف العقلي» .

وهذا يشير إلى أن التخلف العقلي هو قصور في الأداء الوظيفي للمخ يؤدي إلى قصور في تكامل الوظائف المعرفية والانفعالية والسلوكية بالمقارنة بالآخرين ، وهذا القصور يتراوح بين المعتدل والمتوسط .

وفي الغالب ما يستخدم المتخصصون اختبارات الذكاء التي تقيس القدرات العقلية بمستوياتها المختلفة لتحديد مستوى التخلف العقلي ، فالدرجة تحت ٧٠ في مستوى الذكاء تشير إلى بداية ما يسمى بالتخلف العقلي ، حيث يشير التصنيف العقلي للأمراض إلى أن الدرجة من ٥٠ - ٧٠ تشير إلى التخلف العقلي المتوسط ، ومن ٣٥ - ٥٠ تشير إلى التخلف العقلي المتوسط ، أما الدرجة من ٢٠ - ٣٥ فتشير إلى التخلف

العقلي الشديد ، ونور ذلك تشير إلى التخلف العقلي الحاد أو العميق .

### مظاهر التخلف العقلي :

نتيجة لإصابة السمع بالقصور سواء لأسباب وراثية أو بيئية فإن ذلك يمثل إصابة في المركز الإداري الأعلى للوظائف البدنية والعقلية والانفعالية والسلوكية على النحو التالي :

#### أولاً : المظاهر البدنية :

في الغالب ما يعاني الأطفال للمختلفين عقلياً من قصور في العمليات الحسية مثل السمع والبصر ، والنمو الطبيعي للأضراس والمصلمات والإتران الحركي والنمو الجنسي وفقاً لنوع ومستوى التخلف .

#### ثانياً . المظاهر العقلية أو المعرفية :

قد تحول المظاهر البدنية للمضطربة إلى أسباب صحية عديدة ، ويتم تشير المظاهر العقلية للمختلفين عقلياً إلى القصور الواضح في القدرات المعرفية أو العقلية لدى الأطفال على النحو التالي :

#### ١ - قصور الإنباه

فطفل التخلف العقلي يبدو عليه علامات قصور الإنباه والتركيز على الأبعاد على تحتاج إلى التمييز ، فضلاً عن تشتت الإنباه ، وقصور الإستمراريه في التركيز ، ولا يستطيع أن يلفت انتباهه إلى أكثر من شيء واحد .

#### ٢ - قصور في الإدراك

يشكل الإدراك الحسي العملية العقلية التكاملية الأعلى لفهم وتوظيف المكونات الحسية وصياغتها على شكل محرجات معرفية ، فالوظيفة التكاملية للمختلفين عقلياً تكون مضطربة جشائلياً حيث تصطرب وظائف الإستبصار وإدراك العلاقات بين الأشياء ، مع قصور في فهم الأفكار المجردة والأبعاد الزمنية فضلاً عن نقصان فهم وتركيب اللغة ، لأن التخلف العقلي هو قصور في القاعدة الأساسية للظاهرة العنصرية .

#### ٣ - قصور الذاكرة

تشكل الذاكرة مصدر الإمداد التاريخي للخبرات المعرفية ، حيث تشكل وظيفة الذاكرة في الإحتفاظ بالمعلومات المدركة وتوظيفها واستدعائها في الوقت المناسب ، وربطها بالخبرات المعاشة وإعادة تخزينها وترقيتها ، ولذا فإن قصور أو قصور في

منطق، المتكررة بشكل مظهراً مميزاً لطفل المتخلف العقلي . حيث تشير البحوث إلى معاناة المتخلفين عقلياً من قصور في الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى، مما يجعلهم يحتاجون إلى منبهات ووسائل إيضاح وتكرارات تعليمية زائدة عن غير المتخلفين عقلياً .

#### ٤ - قصور التفكير :

نظراً لقصور في الانتباه - الإدراك وللتكررة لدى الطفل المتخلف عقلياً فإن قدرته على التفكير تكون قاصرة على الرغم من نمو القدرة على التفكير لديه ، إلا أنه يموأ بطيئاً سلفياً لأقرانه غير المتخلفين ، تكون عمليات التفكير من العمليات العقلية العليا التي تحتاج إلى كفاءة نظام التنشيط الشبكي بالمخ الأوسط ، وساق المخ الذي يعامل مع الأنواع المختلفة من الذكوة أو العمليات الإدراكية وطرح العمليات المعرمة على شبه المخ ثم إحراجها إحراجاً ابتكارياً وبحريدياً ، ولهذا فإن السخلف لعقلي يكون قادراً على التفكير العالي أكثر من قدرته على التفكير المجرى ، فهو يستطيع أن يسحب سجلة مباشرة لمثير محدد ، ولا يستطيع أن يتحدد استجاباته لمثير واحد نظراً لقصور القية للغة والصورة في مكونات الذاكرة لديه .

#### ٥ - تخلف الدراسي :

نح أهم مظهر من مظاهر التخلف العقلي هو بطء التعلم وضعف في الحصيل لدراسي ، فهد أسار (فاروق سعد للسلام، ١٩٨٢) إلى أن أعلى مستوى حصلي يستطيع المتخلف عقلياً الوصول إليه هو مستوى الصف الرابع أو الخامس الابتدائي على الأكثر بالنسبة لتعلم القراءة والحساب .

وبالتالي فإن أساسيات التعلم في القراءة والحساب هي التي تنقل التلميذ من مستوى أدنى إلى مستوى أعلى في لرتقاء السلم التعليمي طبقاً لانتقال أثر التعليم والتدريب . وإذا ما اضطرت الأسس اضطرت معها المستويات الأرقى من العمليات التعليمية ، كما أن المتخلف عقلياً لا يحتفظ ذهنياً بالأنشطة التعليمية أو الخبرات المكتسبة ، حيث يحتاج إلى ذاكرة خارجية ، بمعنى قيام المعلم بالتكرار وإعادة ما تم شرحه من قبل أكثر من مرة ، ولذا فإن نواجدهم هي المدارس العادية يكون محدوداً . حيث نفايد شكوى المعلمين ، مما يدفعهم إلى فحص قدرته العقلية لتحديد مستواه للعقلي ، ومستوى تخلفه ، وتوجيهه إلى المدارس الخاصة بالتربية الفكرية للمتخلفين عقلياً .

## ٦ - قصور العناية بالذات :

لا يستطيع المتخلف عقلياً رعاية ذاته نظراً لتصور قدراته العقلية ، وقصور تعلمه من الخبرة ، فهو لا يتحمل المسؤولية تجاه نفسه أو الأعمال التي تطلب منه ، كما أنه يكون قاسراً في تعريف نفسه ، وكثيراً ما يحرص للصياغ في المكان وفقاً لعدم قدرته على الإدراك المكاني السريع ، كما أنه قد لا يستطيع العناية بجسمه في أحوال النظافة والملبس والمأكل وما إلى ذلك من أنشطة معتادة ، كما أنه يتسم بالموصى السلوكية . لذا فقد تؤدي إلى إيدائه أو حتى موته سوء الوعي بما يقوم به من أفعال ، ولذا فهم يحتاجون إلى عناية ورعاية مطلقة لسفول طويطة من القائمين بالتربية .

## ٧ - قصور في التوافق الاجتماعي :

يتأثر التوافق الاجتماعي بالقدرة على التعلم ونمو حس الآخر ، وتفاوت مستويات التوافق الاجتماعي لدى المتخلفين عقلياً وفقاً لمستوى التخلف العقلي ، وفي حالات التخلف القلبي للعميق والشديد يكاد يتحد التوافق الاجتماعي بمتن ينمو نمو طبيعياً في حالات التخلف العقلي المتوسطة والحقيقة ، إلا أنه بصعوبة عممة يكون مسطرباً حيث تنقسم شخصية المتخلف عقلياً بالأثنية والسلبية وقصور في تحمل المسؤولية وقصور في الانتماء للجماعة والوفاء بالوعد مع عدم مراعاة العادات والتقاليد والقيم السائدة في المحيط الاجتماعي ( لطفى بركات ، ١٩٨٤ ) .

ونظراً لخصائص شخصيته فإنه غالباً ما يكون منبوذاً من أقرانه مما يدفعه للتعامس مع الأطفال الأقل منه سناً ، نظراً لكونه قد يكون موسوعاً للاستهزاء أو الشغب من الآخرين ، ويؤدي قصور قدرته على التوافق الاجتماعي إلى السلوك المشكل وإثارة الأزمات والمشاكل ، واستخدام اللطوان البدني أكثر من الحلول اللفظي ، كما أنه قد لا يعي معنى التوبيخ والتحذير مما يدفع الآخرين إلى تخفيفه تسليفاً بدنياً على سلوكه المشكل ، مما يجعله أكثر مسخاً وعدوانية ، أو قد يميل إلى السلوك الإنسحابي ، وتجلب الإحذائك بالآخرين ، وعلى المموم فإن قصور السلوك التكيفي هو أهم مظهر من مظاهر التخلف العقلي بدرجاته المختلفة .

## ٨ - قصور في تنظيم أو ضبط الانفعالات :

لا يستطيع الإنسان العادي التحكم في انفعالاته إلا من خلال التعلم ، ونمو العمليات المعرفية التي تجعله قادراً على تنظيم انفعالاته ، حيث يحدد متى يعصب ومتى يحزن أو يفرح أو يحب أو يكره ، ونظراً لقصور القدرة للعقلية المعرفية لدى المتخلف عقلياً فإنه يعاني من القصور في ضبط وتنظيم انفعالاته ، حيث ينسجم بالتقلب

الانفعال مع اصطلاح ردود أفعاله بالانفعال السريع . وتبدو مظاهر انفعاله في الصراخ والتعويل والنبكاء ، وعدم الاستقرار الحركي أو التطفل والاندثر والتمضب لأتفه الأسباب فضلاً عن كونه أحياناً ما يتم بالهدوء والابتغال السريع من النبكاء إلى الضحك والمرح مع قابليته الشديدة للاستهواء ، مما يسهل التعامل معه كطفل ينشغل بألعابه أكثر مما يشغل بالآخرين .

كما تشير للعديد من البحوث إلى مماثلة للمتحلف عقلياً من الخوف من بعض الحيوانات المستأنسة كالقطط والكلاب والصوف من الظلام والأماكن المظلمة - والمرتفعة ( لطفي بركات، ١٩٨٤ ) .

#### ٩ - قصور في أداء المهام :

يؤدي التحلف العقلي إلى قصور في قدرة الشخص على أداء المهام الموكلة إليه وحمل المسؤوليه وإتقان مهمة الوقت ، فضلاً عن قصور في قدرته على التعلم واكتساب المهارات وتتابع التدريب واستيعابه ، فضلاً عن عدم قدرته على رعاية نفسه وحبب موطنه للخطورة ، مما يجعله قاصراً في ميدان العمل ، ويمكن تدريبه للخدمة والمتوسطة على بعض الأعمال الروتينية وفقاً لإمكاناته البدنية والأدائية ، وفي بعض الحالات يمكنهم القيام بالأعمال البدنية وفقاً لقدرته العضلية مثل العمل في الحفر والشح والتفريغ ، وما إلى ذلك من أعمال وفقاً لقدرات المتحلف عقلياً

**تصنيف التحلف العقلي وأسبابه :**

نعدد تصنيفات التحلف العقلي ، ولكنها جميعاً تتفق على ما يلي .

١ - تحلف عقلي لأسباب وراثية . واضطراب عملية التمثيل الغذائي .

٢ - تحلف عقلي ناتج عن اضطراب لدى الأم أثناء الحمل .

٣ - تحلف عقلي ناتج عن الإصابة أثناء الولادة .

٤ - تحلف عقلي ناتج عن الإصابة بالعدوى أو اللثوث والأورام والسموم .

٥ - تحلف عقلي ناتج عن المولدات أو الصدمات

٦ - تحلف عقلي ناتج عن الحرمان الثقافي .

٧ - تحلف عقلي غير معروف السبب .

وسوف نعرض للتصنيفات الشائعة على النحو التالي :

## أولاً - التخلف العقلي الناتج عن أسباب وراثية - واضطراب عملية انتمثيل الغذاء :

تشير دراسات التخلف العقلي إلى أن العامل الوراثي من أهم العوامل المسببة لولادة أطفال متخلفين عقلياً إما كان هناك حالات من التخلف العقلي في التاريخ السلاسل للأُم أو للأب ، ولذا قد تظهر مثل هذه الحالات أيضاً في زوج الأقارب . وتؤدي العوامل الوراثية إلى التخلف العقلي عن طريق شذوذ في الكروموزومات (١) أو شذوذ في الجينات (٢) على النحو التالي :

### ١ - زملة دارون Down's Syndrome أو المنغولية Mongolism :

ويعود اكتشاف هذه الحالة إلى الطبيب الإنجليزى لانجدون دارون عام ١٩٦٦ ، وهي أكثر الحالات شوعاً ، وتكثُر بنسبة ١ - ٧٠٠ ولادة ، وتكثر بين أطفال الأمهات فوق سن الأربعين ويتميز بشذوذ الكروموزومات في خلايا الجسم حيث توجد عندها بلى ٤٧ بدلاً من ٤٦ في الخلية الواحدة - ويبدو المنغولي وكأنه من الجنس المنغولي الأصغر مثل سكان شرق أسيا من للصينيين وغيرهم ، حيث تكون الرأس صعباً رافعاً إتحداً العينين يزاوية ناحية للجهة مع تعطية الجبين الأعلى لزوايا الأنفبه للجفن الأيسر . مع ضخامة حجم اللسان وعرض الكف ، ويوجد به خط عرضي واحد وقصر الأصابع وجحوظ في البطن ونفخ في النخ ، ويكون المنغولي عرضة للمدوى والإصابة بالأمراض المختلفة - ويندولج عمره العقلي من ٤ - ٧ سنوات ، ويميل إلى المرح والموسيقى ، ويشير للتشخيص المبكر لهذه الحالة بسوء المأل ، حيث يصاب معظمهم بتخيرات في نسيج المخ يشبه مرض الزهايمر .

### ٢ - زملة هشاشة الكروموزوم Fragile X syndrome :

وهي ثاني سبب شائع للتخلف العقلي ويحدث نتيجة لبشر أو نشوء في الكروموزوم X في بعض الملايس ، ويحدث بنسبة ١ - ١٠٠٠ لدى الذكور و ١ - ٢٠٠٠ لدى الإناث ، ويسبب كبير للرأس والأذنين ، وقصر القامة وتعدد واتسع المفاصل وكبير الفصبيين بعد البلوغ . ويقع في فئة التخلف العقلي المتوسط والشديد ،

(١) لكروموزوم Chromosome « شريط بنية متشابهة موجودة بواسطة الطية مدها ثابت في النوع الواحد من البسات أو الحيوان - وتوجد نسخة الإنسان العادي ٢٢ زوجاً من الكروموزومات

(٢) الجينات Genes « عقد أو مواد عالية بالكروموزومات تحمل المصالحات الوراثية لمعظمها من الأنبيس إني الأبناء ، ظن العين والشعر والبشرة - وما إلى ذلك موجود في هذه الجينات التي تنقل هذه المصالحات للأبناء ( خرج علم ١٩٩٢ )



وتشمل هذه الترملة معدلات عالية من تشتت الانتباه والحركة المفرطة والاضطراب التعلم وفصوور هي للوظيفة القوية وعدم قدرته على تكوين الجمل ، ولكن يكون لديهم بعض إمكانيات التوافق والتواصل الاجتماعي . ( Kuplan & Sadoock, 1998 ) .

٣ - رملة بواندر وهلي Prader - Willi Syndrome :

وهو حدوث خلل في الكروموزوم ١٥ بصورة مختففة أو مقطعة في كل ١٠٠٠ ولادة ، وهؤلاء يتصفون بالشرة الانشغاعي في تناول الطعام ، مع السمعة المفرطة والتخلف العقلي وقصر القامة وصغر اليدين والقدمين والعمول أو نقص التوتر Hypotonia مع مشكلات سلوكية أخرى .

٤ - رملة مواء القطط Cates Cry ( Cri - du - chat ) Syndrome :

ويحدث نتيجة حدوث قصور في جزء من الكروموزوم ٥ ، وينتج عنهم مظاهر الاضطراب الكروموزومي مثل صغر الدماغ ، وهبوط وضع الأذن وزدده التبعث بين الأطراف Hypertelorism وصغر تلك الأسفل Micrognathia ، وينتج سوك لصراخ كمرء القطة نتيجة لاضطراب في الحنجرة والذي يحلها نطق عله رمله مواء القطة ولكن هذا المواء يحتفى مع النمو .

٥ - الفينيل كيتون يوريا Phenylketonuria :

وجاء وصف هذا النوع على يد الطبيب افر فولنج Ivar Folling عام ١٩٣٤ كاضطراب في عملية الأيض ، ويشيع حدوثه بنسبة ١ من ١٠٠,٠٠٠ إلى ١٥,٠٠٠ ولادة ، وقد أصيب الطفل الأول بهذا الاضطراب يكون احتمال وجوده في مصف الناس بنسبة ١ - ٤ أو خمس من كل ولادة ناجحة .

ونتيجة للاضطراب الفينيل يولى يؤدي تراكم حمض الفينيل أمين في خلايا الدم ويسبب تلف في هذه الخلايا مما يحدث التخلف العقلي ، وتظهر مظهر التخلف العقلي مع صعوبات في المشي ، وفصوور في القدرة على الكلام مع زيادة في الحركة ، وتكون رائحة الجسم كريهة . وغالباً ما يصلون بنوبات صرعية .

ويمكن مع التحاليل المبكرة للبول اكتشاف المرض وتنظيم عمليات التغذية حتى تقل نسبة الفينيل أمين في الدم حتى لا تصيب خلايا المخ ، وينمو الطفل بشكل طبيعي .

٦ - اضطراب ريت Rett's Disorder :

واكتشفه أندرياس ريت Andreas Rett عام ١٩٦٦ وهو من الترملات المييه للتخلف العقلي لدى الإناث نتيجة لخلل في الجين X وينسم بقصور عصبي وتدهور

في مهارات التواصل والسلوك الحركي والوظائف الاجتماعية ، ويبدأ بعد السنة الأولى من العمر . وينسب بالسلوك القنطوي أو التوحدي مع الإخلاج العصبي أو الإهزاز وحركة اليدين المتولدة وتنعنا الفقرات أو اعوجاجها Scoliosis وحدوث نوبات صرعية مع اضطراب الشئ .

#### ٧ - مرض البولي ذو رائحة شراب القيقب Maple Syrup Urine Disease :

ويظهر في الأسبوع الأول من العمر ، ويمتد تدهور الطفل بسرعة ، ويحدث صعوبة في اكتسب مع نوبات صرعية ، ونقص السكر في الدم ، ولذا لم يتم اكتشافهم وعلاجهم فإن الطفل يموت في الشهر الأول ، ويتسبب عن تجمع أحماض أمينية مثل الغاليسين والثوسين والأيزولوسين ، وغالماً ما يحدث الإخلاج الحركي ( التشنج ) ataxia مع تخلف عقلي حفيف .

#### ٨ - مرض تاي سايك Tay Sack Disease :

وهو يحدث نتيجة تراكم الدهون في المخ ويسبب ضمور دماغي بسبب تلف العصب البصري ، وربما يسبب العمى التام مع الصرع والتخلف العقلي والتشنجات ، ويسمى أيضاً بمرض للتصاق القرني ، وينتشر في العائلات اليهودية بشكل خاص نتيجة للزواج الداخلي واضطراب النظام الغذائي ، وقد يؤدي إلى الموت قبل الثالثة أو الرابعة من عمره .

#### ٩ - الأورام العصبية الليفية Neurofibromatosis :

ويحدث نتيجة لخلل جيني مائد ، والذي قد يكون موروثاً أو مكتسباً ، ويحدث الاضطراب من ١ - ٥٠٠٠ حالة ولادة ، ويتميز بوجود بقع بلون القهوة باللين ( البنى التخفيف ) على الجلد ، وورم وتليف العصب السمعي والبصري ويتسبب في حدوث تخلف عقلي متوسط .

#### ١٠ - التصلب الجذبي Tubercus Sclerosis :

ويحدث نتيجة للخلل الجيني ويسبب التخلف العقلي ، ويحدث في ١ من ١٥٠٠٠ شخص ، كما يسبب التوابع للصرعية وتشنجات طفلية في الست شهور الأولى ، وتظهر بذور على الوجه وجمجمة حمراء على هيئة هراشة ، ويرتفع معدل الذاتوية Autism بصورة أكثر من للسقف للعقلي .

## ١١ - زملة ليش نيهان Lesch - Nyhan Syndrome :

وهي اضطراب نادر المحدث نتيجة خلل في إنزيمات الأيض ، ويرتبط بالجين X ، ويصاب الطفل بالتخلف العقلي وصغر الدماغ والصرع وتلفى التلوى الذى يشبه الحركة للدودية Choreaethetosis والفتشج ، كما يصاحب هذا المرض حالة من الالتهابية الشديدة للشو به الفرد لنفسه من خلال عض نفسه وقضم أصابعه .

## ١٢ - الإستسقاء الدماغى Hydrocephalus :

توجد احتمالات وراثية للإصابة بالاستسقاء الدماغى أو سبب عضوى آخر يؤدى إلى انسداد أو ضيق فى قناة سيلفيوس Aqueduct of sylvius وهذه القناة مسئولة عن توصيل السائل الشوكى من الدماغ إلى الخنخاع الشوكى ، ويؤدى الإنسداد إلى احتقان السائل ، وإحداث انتفاخ فى حجم الجمجمة ، مما يضغط بصط على المخ ، ويؤدى إلى تلف الخلايا العصبية ، ويكون حجم الجمجمة كبيراً قد يصل إلى ٧٥ سم ، ويكون جند الرأس مشدوداً على سطح الجمجمة ، وتختل الحواس البصرية والسمعية مع بسب الصرع والاضطراب التوافق الحركى ، ويمكن علاج هذه الحالات بالأنسحل الجرحى حيث تنظم مسارات السائل الشوكى لكنه يتسبب فى التخلف العقلى نتيجة صغر أو تلف خلايا المخ .

## ١٣ - تخلف عقلى ناتج عن الإضطراب الهرمونى أو الغدى القصبع أو القماءة Cretinism :

وهي حالة من حالات اضطراب إفراز الغدة الدرقية نتيجة لصورها وفشلها فى النمو السوى الذى قد يعود لأسباب وراثية أو لأسباب أخرى مثل الأمراض المعدية مثل الحصبة والسعال الديكى . مما يعوق عملية النمو ، وتظهر الأعراض بعد ستة أشهر مثل بروز اللسان وتضخمه وجفاف الجلد وحشونته وانتفاخ للجفون وتباعد العينين وبروز البطن وغلظة الصوت ونقرس الساقين ويطأ الحركة ، ولا يزيد طوله عن ثلاثة أقدام مع عدم اتزان حجم الرأس مع الجسم ، حيث يكون رأسه مفرط فى الكبر وتفرطح مع قصر الرقبة ويسبب التخلف العقلى الشديد ، ولذا ما تم الإكتشاف المبكر للحالة فإن علاجها ممكن حيث تتحسن الهيئة البدنية ومسارات النمو الأخرى ، ولكن تستمر حالة التخلف العقلى .

## ثانياً تخلف عقلى ناتج عن اضطرابات لدى الأم أثناء الحمل .

### ١ - عامل الريزوس Rhesus Factor :

ويحدث نتيجة عدم توافق دم الجنين ودم العامل ، حيث يكون عامل الريزوس من مكونات الدم التى تنحدر وراثياً وتنتقل هذه الحالة من الأم إلى الطفل إذا كان العامل الإيجابى Rh+ سائداً لدى الأب وتحمل الأم للعامل سالب Rh- فيولد الطفل بعامل إيجابى Rh+ حيث تحدث التطورة التى تسبب للتخلف العقلى لأن الأم ستفدى الجنين بدم سالب به أجسام مضادة .

ويسبب هذا للتسمم الريزوسى حالة من الكسل ، وفقر الدم ، وازدياد الصراخ والتشنجات ، وإذا ما تم اكتشاف هذه الحالة من خلال الفحائيل الأولية للأم ويمكن تجنب الإصابة ، وبعد الميلاد يمكن علاج هذه الحالة فى الأسابيع الست الأولى عن طريق نقل دم محال للجلل السائد ، ويكون هناك أمل فى بقاء الطفل حياً وسليماً

### ب - الأمراض المعدية التى تصاب بها الأم أثناء الحمل

#### ١ الحصبة الألمانية German Measles :

إذا أصيبت الأم فى الشهور الثلاثة الأولى من للحمل بهذا المرض يريد تعرض الطفل للإصابة بالقصور العقلى والصمم والكُم ، ولذا ينصح بالإجهاض فى مثل هذه الحالات . ( أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ) .

#### ٢ - الزهري الولادى Congenital Syphilis :

يؤدى إصابة الأم بالزهري إلى إصابة الجنين حيث يولد ولديه صمور فى جلاها الصغ ، وتبدو عليه علامات الكشويه فى الأسنان والحواس والجلد مع مظاهر التخلف العقلى .

#### ٣ - طفيليات التوكسوبلازما Toxoplasmosis :

يؤدى طفيل التوكسوبلازما الذى ينتقل من القطط إلى الأم إلى حدوث تشوهات خلقية لدى الجنين مع التخلف العقلى .

#### جـ - إصابات مجموعة الجينين أثناء الحمل :

ومن هذه الإصابات تناول الأم لأدوية مضبوطة تؤثر على الجنين فى الشهور الأولى للحمل وتعرضها للأشعة القدرية أو أشعة إكس أو تعرضها لتأثير كهرباء الصمط العالى ، وإصابة الأم بالأنيميا وسوء التغذية ، وتعرضها للصدمات والحوادث التى تسبب إنلاف فى خلايا المخ لدى الجنين وتسبب حالات مختلفة من التخلف العقلى .

## ثالثاً - تخلف عقلي نتيجة الولادة :

تسبب الولادة العسرة لكثير من المشكلات التي قد تسبب حالات من التخلف العقلي مثل الإخفاق أثناء الولادة الذي يؤدي إلى نقص الأكسجين في الدم ، مما يسبب تدمير خلايا المخ ، وكذلك الضغط الشديد على الجمجمة قد يؤدي إلى تلف المخ ، وقد يؤدي إلى إصابة الطفل بالجروح من جراء عمليات التوسيع للولادة والتزيف الذي يسبب حالات من التضرر العقلي ، وقد يصاب الطفل بالتسمم من أدوية الولادة غير المفعلة أو في حالات الولادة المنزلية على يد غير المتخصصين يؤدي إلى بصابت في رأس المولود ، وقد تسبب حالات من التخلف العقلي .

رابعاً - تخلف عقلي ناتج عن إصابة الطفل بالعدوى والأورام والتسمم :

تؤدي الإصابة بالأمراض المعدية التي تصيب اللحمي مثل الإكتئاب لسحائي و لحمي لعمرية وأورام المخ إلى حالات من التخلف العقلي .

كما يؤدي التسمم باستنشاق المواد المتشعة بمركبات الرصاص أو الإصابة لعمية بمركبات الزرنيخ إلى حدوث تلف في المخ ، ويؤدي إلى التخلف العقلي أو قد يحدث الإصابة نتيجة تناول الأم لمواد صارة مثل المحدرات والخمر أثناء الرضعة .

## خامساً - تخلف عقلي ناتج عن صعوبات الرأس :

يؤدي وقوع الطفل على رأسه من أماكن مرتفعة ونعرصه للصدمات الشديدة والحوادث إلى دبرف داخل في الرأس يؤدي بدوره إلى تلف خلايا المخ مما يسبب حالات من التخلف العقلي .

## سادساً- تخلف عقلي ثقافي :

يحدث التخلف العقلي المفيف في بعض الحالات التي تكبر من الحرمان الثقافي لدى الجماعات ذوى المستويات الاقتصادية والاجتماعية المتدنية حيث تتعدل مستوياتهم العقلية مع مستويات التخلف العقلي البسيط على الرغم من عدم وجود أسباب عضوي ، فحرمان الطفل من الحركة واللعب والنشاط يجعل أليات للنظام المعرفي للطفل حاملة لا تستخدم ، مما يجعلها عاجزة عن متابعة الارتقاء الوظيفي ، كما أن وضع للطفل في بيئة لحرية وثقافية غير بيئته يسبب نوعاً من العزلة وعدم التفاعل الذي يكسبه المحدرات ، وقد تكون لديهم مظاهر التخلف العقلي لإعصائهم عن مجتمعهم الأصلي ، ويحدث هذا في مجتمعات المهاجرين إلى الدول الحديثة مثل أمريكا وأستراليا وكندا . كما تشير للبحوث إلى أن الأبوين المساكين باضطرابات عقلية

أو مزاجية أو مدمني قنمور والمحدرات لا يولون الأطفال للرعاية اللازمة مما يجعل الأطفال في عرلة تسبب لهم حالة من التخلف العقلي .

معايير تشخيص التخلف العقلي طبقاً لتأليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع DSMIV :

أ - درجة على مقياس الذكاء أقل من المعدل ٧٠ .

ب - تدهور واضح في الوظائف التكيفية طبقاً لمعايير السلوك التكيفي لدى الأقران غير المتخلفين عقلياً في نفس الجماعة الثقافية وخاصة في ظهور الاضطراب في اثنين على الأقل مما يلي : للتواصل ، العناية بالذات ، والسلوك المدرسي ، مهارات الخواص الاجتماعي ، للتعامل مع المحدرات ، المعاشة ، التوجه الذاتي ، مهارات التحصيل الأكاديمي ، العمل ، الإهتمامات وشغل أوقات الفراغ ، للصحة والأمان .

ح - أن تحدث هذه المظهر قبل سن ١٨ ( DSMIV, p.40 )

**مستويات التخلف العقلي :**

تحلف عقلي خفيف من ٥٠ - ٥٥ إلى ٧٠ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

تحلف عقلي متوسط من ٢٥ - ٤٠ إلى ٥٠ - ٥٥ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

- تحلف عقلي شديد من ٢٠ - ٢٥ إلى ٣٥ - ٤٠ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

- تخلف عقلي عميق أقل من ٢٠ أو ٢٥ درجة .

- حالات من التحلف العقلي غير المحددة تكون شديدة وغير قابلة للقياس باختبارات عقلية مقننة .

**العلاج والوقاية من التخلف العقلي :**

يعد مجرد حدوث حالات للتخلف العقلي بمثابة البداية لكثرة أسرية وطبية وتعليمية ، ففي الحالات الوراثية يصعب التدخل الطبي أو النفسي ويتطلب الأمر رعاية فائقة لاستمرار ما يمكن استثماره من قدرات عقلية تدخل المؤسسات التأهيلية . أم في

التمالعات غير الوراثية فيمكن التدخل للعلاجى الجراحى أو الدوائى لتحسين عمليات الأيض أو النظام العنقى بالإشراف والمتابعة مع وضع برنامج تأهيلية مكثفة لتحسين أحوال هذه الفئات .

وفى الحالات الخفيفة يمكن تحسين القدرة على التحمل والقدرة على التدريب وتدريب المظاهر الانفعالية والسلوكية المستورة ببرنامج تأهيلية مناسبة .

وفى حالات التخلف الثقافى يمكن تكثيف برنامج التحطيم والتدريب ودمج الأطفال فى بيئاتهم الأساسية للتعامل واكتساب المهارات ، ونحسين مستوياتهم العقلية ولتحصينهم وسعوية .

وتعد الرعاية أهم الإجراءات التى يمكن من خلالها تجنب ولادة طفل من المتخلفين عقلياً من خلال .

فحوص المتزوجين قبل الزواج ، وحاصة الأقارب ، وفحص للتأريخ العنقى لأسرة الزوج والروحة لتجنب حدوث ولادة ذات بعد وراثى فى حالات التخلف العنقى .

المتابعة للصحية لدى أطباء النساء والتوليد المنحصرين وعمل التحاليل الطبية المناسبة ومتابعة نمو الجنين داخل الرحم ، وتسهيل عمليات الولادة لتجنب الإصابات .

- نوعية الأم بعدم تناول المواد الصارة أو الأدوية السمية لنشوهات الجنين و الرضيع ، وعدم تعرضها للأشعة للدرية أو غيرها وابتناعها عن مناطق تلوث ولاحوى .

- متابعة الرعاية الصحية الأولية وتبنيه وتحسين حالة الطفل للمولود وابتعاده عن مصادر العدوى والتلوث والتسمم والصدمات .

- وضع الطفل فى عالم نقاهى مناسب وتبنيه وتمريضه قدراته المعرفية والعركية ، وتنشيط الأنشطة الوظيفية للحولس والإدراك ومتابعة نموه طبقاً لمعايير النمو السوى ونحجب للمعولة والعمران النفاهى .





الفصل الثاني

# **اضطرابات التعلم اضطرابات التواصل**



## الفصل الثاني

### اضطرابات التعلم Learning Disorder

وتشمل رزمة اضطرابات التعلم أو اضطراب التحصيل الأكاديمي ثلاثة أنواع من الاضطرابات وهي : اضطراب القراءة واضطراب القدرة الحسابية والكتابة التعبيرية.

#### المظاهر التشخيصية :

يتم تشخيص اضطرابات التعلم عندما يتخلف معدل النطق عن المستويات المعماة أو المتوقعة على اختبارات القراءة والحساب والكتابة التعبيرية مطلقاً للعمى ومستوى الدراسي ومعدل الذكاء .

ويصاحب اضطرابات التعلم العديد من المظاهر مثل عدم الامتنان القيمي ، ضعف تقدير الذات ، ونقص في المهارات الاجتماعية فضلاً عن العشل لدراسي ، وبالنسبة لراجع مرض العمل المستغنية ، وقد تكون اضطرابات التعلم مصحبة لاضطرابات للمساك والتوافق ونسب الإنتباه وفرط الحركة أو الشط ، الرائد ، والاضطرابات الاكتئابية .

#### التشخيص الماروق :

ويسمى بمببر اضطرابات التعلم عن التعبيرات العادية الطارئة على التحصيل لدراسي بزيادة والنقصان ، وعدم وجود فرصة للتعلم أو لعوامل ثقافية خاصة ، أو يكون التعلم ذو طبيعة خاصة بمعنى نظم لغة ثانية أو ثالثة لا يكون مكافئاً للتحصيل بالغة الأولى المتداولة ، كما ينبغي أن يتمبر عن التخلف العقلي والعمى والصمم واضطرابات التواصل . وفي المالب ما يتم تشخيص اضطرابات للقدرة على الحساب والكتابة لتعبيرية ملازماً مع اضطراب القراءة . ( DSMIV, p 49 ) .

#### أولاً : اضطراب القراءة

يشكل المعنر العام لاحتلال القراءة هو حال في ارتقاء مهارات القراءة لا تعود إلى العمر العقلي أو مشكلة الإبصار أو عدم كفاية للمادة التعليمية ، وكثيراً ما يصحب

اضطراب العزلة صعوبات في الالتهام مع الارتقاء للحدود في حصيلته. الكلمات والإستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية وصعوبة في اختيار كلمات بديلة مناسبة وقصر فترات الكلام والعجز عن استخدام الأشكال النحوية مثل حروف الجر والصيغ واللام للتعريف وتبدلات بين الفعل والإسم وصعوبة في ترتيب الجمل والسلسلة النحوية . ( أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٦٠٩ ) .

معايير تشخيص اضطراب القراءة

أ - انخفاض مستوى القراءة عن المستوى المتوقع أو المتعاد لدى العديدين وعن مستوى التحصيل ومستوى الذكاء .

ب - يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية التي تحتاج مهارات القراءة .

ج - إن كان هناك قصور حسي كالسمي والسمع فإن الاضطراب يترايد ويكون مصاحباً لهذه القصور .

## ثانياً : اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية

يشكل اضطراب القدرة على الكتابة للتعبيرية مظهراً من مظاهر اضطرابات التعلم ، ويدعى أن يكون الاضطراب محدداً بمقاييس موضوعية وفقاً للأدلة الأكاديمية حيث يكون الاضطراب في محلات أقل مما هو متوقع طبقاً للمستوى العقلي والدراسي والمساويات العمرية مع الأقران في الإعتبار إن كان هناك عيوب حسية سمعية أو بصرية أو حركية في اليدين ، فإن معدلات الاضطراب يزداد ، كما أن هذا الاضطراب يتعارض مع متطلبات الأداء الدراسي والأنشطة اليومية المتعددة التي تتطلب مهارات الكتابة . ومن المظاهر التخصيبية لاضطراب الكتابة هو كثرة أخطاء الكتابة في التواعد النحوية وعلامات الترقيم ، وقصور في تنظيم الجملة ، وسياغة الفقرات ، وكثرة الأخطاء الإملائية .

معايير تشخيص اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية :

أ - انخفاض مستوى الكتابة التعبيرية على المقاييس الموضوعية عن المستوى المتوقع لعمر الطفل ومستواه العقلي والدراسي .

ب - يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع الأداء الأكاديمي أو الأنشطة اليومية التي تتطلب كتابة أو تأليف بصور مكتوبة مثل موضوعات التعبير (وخلصة سلامة بناء الجملة وتفاصيل الفقرات) .

جـ - بدأ وجد قصور حسي فإن هذه المظاهر تتزايد أو تكون مصاحبة للقصور الحسي .

### ثالثاً : اضطراب القدرة الحسابية :

#### المظاهر لتشخيصية

يشكل لاضطراب الإرتعاشي في المهارات الحسابية المظهر التشخيصي ل رئيسي لهذا الاضطراب ، ولا يمكن اعتباره ناتجاً عن النخف العقلي أو نقص المهارات التدريبية أو عدم وجود فرصة للتعليم ، ويتم التشخيص عندما تظهر لأعراض على الطفل بانخفاض أدائه الحسابي إنخفاضاً فالاً عن المعايير العمرية المتوقعة في اختبارات الحساب ، وأكثر هذه الاضطرابات شوعاً لدى الأطفال هي صعوبات التعرف على الرموز العددية أو الحسابية ، والصعوبة في تنظيم سلاسل الأعداد خلال العمليات لحسابه ، وإفغله حادث الأرقام والحل في أدرقام العرديه والعشرية وعملوية وصعوبة بجمع الأشياء في أنساق ، وعدم القدرة على استخدام الرموز الرئيسيه مع مشكلات في عمليات الصرف والقسمه .

(اوبس ملبكه ، ١٩٩٨ ، ص ٣٣)

#### معايير تشخيص اضطراب القدرة الحسابية :

انخفاض مستوى القدرة الحسابية على المعايير المتقنة أو عن معدلات الحوسبل المتوقعة من أقران الطفل ومستواه العقلي والمسهح الربحسي المدرسي المناسب .

ب - يتعارض الاضطراب المابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية المعتادة والتي تتطلب قدرات حسابية

جـ - إذا كان هناك قصور حسي سمعي أو بصري يتزايد اضطراب القدرة الحسابية حيث تكون مصاحبة للقصور الحسي

#### علاج اضطرابات التعلم :

نتجه البحوث الإكلينيكية في ميدان علم النفس التربوي إلى تأكيد أهمية إعادة صياغة المناهج وأساليب التعلم ووسائله بما يتناسب مع الذين يعانون صعوبات التعلم ، فالكثير من الأطفال في بداية فرائعهم الأولى لا يستطيعون الفصل للتم لكلمات المصروفة إلى مكوناتها من الأصوات كما يجدون صعوبة في التحليل والتركيب ، وبالتالي لا يتم لديهم الإحساس بالجملة نتيجة لعدم تكديف للمعلم وتكرار نهجاء

لاكتساب المهارة مع وضع برامج تدريبية خاصة في القراءة والكتابة والحساب ، وقد تعود اضطرابات التعلم إلى مشكلات أسرية أو مدرسية ، فالطفل الذي لا يتوافق مع المدرسة قد يرفض ما يطلعه المعلم ، ويتحرك بتيحه اللاشعورية لإفساد القواعد الشعرية ، فصلاً عن كون للتعليم بعد نوعاً من التكليف الذي قد يكون بالعودة ، ولا يمتطي طوعية ، ولا يوجد الوسائل والبرامج للتنسية التي تجعل الأطفال يتوافق مع ما يقدم إليهم من برامج دراسية ، فالاندماج في جماعات اللعب الطفلي والعناء الجماعي ، وبت روح التناقص واستخدام التدعيم الإيجابي قد تأتي نتائج إيجابية في تحسين أداء المضطربين الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة . كما فتجه المحوث التربويه إلى تأكيد دور البرنامج الحديثة باستخدام الكمبيوتر الذي يساعد للطفل على تحسين قدراته . (لويس مليكه ، ١٩٩٨ ، Kaplan & Sadaock, 1998 ) .

## اضطرابات التواصل Communication Disorder

تشكل اللغة الوسيلة الأساسية للتواصل الإنساني ، فغير اللغة يتكون الإنسان نفسياً واجتماعياً ، ويتمحور وجوده حول اللغة التي اكتسبها ، هذه اللغة التي تصيغ الشخصية الإنسانية ، وتترك وجوده نحو الآخرين ، وطبقاً للخبرات اللغوية المكتسبة يتعلم الطفل اسمه وحدود وجوده ، وقواعد القراءة ، وقواعد السلوك والقيم والامانات الاجتماعية والاعتقاد الديني ، وكل ما يمكن أن يشكل ظاهرة نفسية إنسانية ، فعند بداية ميلاده يعلن بصوته ( صراحه أو نكازه ) عن وجوده ينادي مدد الجذابة على الأم وعلى الآخرين الذين يستمعونه من آلامه وحروجه واضطرابه . وبذا فكل اضطراب نفسي هو اضطراب في اللغة ، فالمعروف بين الشخص المعادي والشخص المجمع أو الدهاني هو فروق في مظاهر اللغة ، قلدي للماديين يستخدم للفرد لغة اصطلاحية معهومة بواصل بها مع نفسه ومع الآخرين ، أما لدى الذهانيين والمضطربين فزيتهم يستخدمون لغة صبر معهومة وغير اصطلاحية حتى أنه يسمى نفسه والآخرين بأسماء من وحي جوده ، ولا يعرف للعاوي أو للحدود أو يراعي النعم والمعاداة الاجتماعية ، والفرق لأساسي بين السوي والمضطرب هو اضطراب في تواصله مع نفسه ومع الآخرين

ويتطور اللغة عند الطفل وفقاً لدمو جهاز النطق وتطور إدراكه العقلي لاكتساب المحدثات والقواعد اللغوية .

وبشكل اضطرابات التواصل عند الطفل اضطراب في ارتقاء اللغة لدى بعض

في :

١ - اضطراب في التعبير اللغوي .

٢ - اضطراب في الإستقبال اللغوي .

٣ - اضطراب في الأصوات اللغوية .

اضطراب التعبير اللغوي : Expressive Language Disorder :

المظاهر الشخصية :

يشكل قصور القدرة على التعبير اللغوي الملمح الإكلينيكي الأساسي لهذا لاضطراب ، حيث يحدث القصور بانخفاض معدلات الطفل في قدرته على المفردات العقلية غير اللفظية وهي نمو القدرة على استدلال للغة ، وقد تعود صعوبه الاتصال لتعوى نتيجة إلى قصور في كل من اللغة المنطوقة ولغة الإشارة ، مما يحس التعبير

التعريف متعارفاً مع التصنيف الأكاديمي والتواصل الاجتماعي .

ويجب أن يفتقر التشخيص على الحالات التي تتجاوز فيها درجة الفصور في اللغة الإستقبالية حدود الاختلافات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي .

ويشيع في هذه الحالة عيوب في إصدار الأصوات الكلامية . فصور في استخدام المفردات وصعوبة في اكتساب كلمات جديدة ، وصعوبة في استخدام بدائل الكلمات أو المفردات ، وفصور في تكوين الجمل واستخدام القواعد النحوية ، واستخدام أنظمة شدة للصوت ، وألفاظ غير مفهومة وبطء في النمو اللغوي ، في الوقت الذي تكون فيه الوظائف غير اللغوية على مقاييس الذكاء الإدائية في المعدلات السوية وأيضاً مهارات فهم اللغة تكون في المستوى الطبيعي .

ويمكن لهذا الاضطراب أن يكون اضطراباً مكتسباً أو وراثياً (مائناً) ، وفي الحالات المكتسبة يحدث فصور القدرة على التعبير اللغوي بعد مشاكل عصبية أو طبية عدة مثل (التهاب الدماغ ، وصدمات الرأس ، الإصابات الإشعاعية) أما في حالات الإرتقائية (السمائية) يحدث فصور القدرة على التعبير اللغوي دون أن تكون هناك مشاكل عصبية معروفة للسبب ، وأطفال هذه الحالات غالباً ما يتأخرون في الكلام بصورة أبطأ من أقرانهم . ( DSMIV, p. 55 )

### لعلاج

ينبغي أن يركز العلاج على خلق نوع من التفاعل الاجتماعي و تطوير مهارات التعبير اللغوي وتحسين أصاليب التواصل والتفاعل الاجتماعي من خلال استخدام الكلمات ، ووضع برامج للعلاج اللغوي من خلال تمارين تدعيمية للأصوات وتكوين الكلمات والجمل بهدف زيادة الحصيلة اللغوية من العبارات ، مع لأخذ في الاعتبار الإرشاد للتدعيم للأسرة لبعض التوتر الأسري الناتج عن وجود طفل لديه مشكلة في التعبير اللغوي ، والذي ينعكس على الأبوين بمشاعر الغضب أو الإرتباك والتوتر مما يجعلهم يركزون على الطفل لمرض التعبير اللغوي في الوقت الذي لا يستطيع فيه الطفل الوفاء بما يريده الآباء . وفي الغالب تحتاج إلى متخصصين في اضطرابات التواصل أو التخاطب لتحسين مهارات التعبير اللغوي فضلاً عن تدخلات من قبيل تخفيض القلق أو مشاعر الذنب ، والوسوسة التي قد تكون مرتبطة بمثل هذه الحالات.



## اضطراب الإستقبال والتعبير اللغوي :

## Mixed Receptive - Expressive Language Disorder

وهو اضطراب يعجز فيه الطفل عن استخدام مهارات اللغة الإستقبالية والتعبيرية بعد أن يكون قد حقق ارتفاعاً لغوياً طبيعياً وقدره عقلية غير متدهورة .

المظاهر (الكليника) التشخيصية :

يشكل حدوث قصور الفهم ملمحاً أساسياً لهذا الاضطراب ، حيث لا يستطيع الطفل تركيز الإنتباه ، ويبدو مشتتاً ، ويفهم الأوامر على نحو خاطيء ، ويستجيب بردود غير مناسبة للسؤال ، وقد يقلب حروف الكلمات ، وترداد لديه مظاهر اثرثرة ، وتصطرب لديه مهارات للمحادثة أو التخاطب فضلاً عن اضطراب المعلومات الحسية خاصة في المعلومات الحسية السمعية ، كما يعاني من صعوبة الإستجابة لحركته الحسية والسمعية مع اضطراب في الصوت والقدرة على القراءة وقصور في إدراك الكلام وقصور في القدرة على التذكر ، وقد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بتشتت الإنتباه وزيادة الحركة وعدم التناسق التمعلي والتفوق اللغوي .

ويصيب هذا الاضطراب الأطفال من ٣ - ٩ ويكون مصحوباً بتوكلات شدة في كهربية لمخ كما يتضح في رسم التهج التوكلاتي مع حدوث توكلات صرعية

## العلاج

يمكن استخدام الاستراتيجيات العلاجية لعلاج اضطراب القدرة التعبيرية اللغوية مع حالات اضطراب الإستقبال والتعبير اللغوي فضلاً عن تكثيف الإرشاد النفسي للآباءين والعمل على تحسين صورة الذات لدى الطفل وتطوير مهاراته الاجتماعية .

## اضطراب النطق الإرتقائي Developmental Phonological Disorder

المظاهر التشخيصية

يشكل الفشل في استخدام النطق الإرتقائي ملمحاً أساسياً لهذا الاضطراب ، ويظهر من خلال عدم وضوح أصوات الكلام بصورة متكررة مما ينتج عنه أصوات شاذة دنا فورنت بأصوات كلام أطفال آخرين من نفس الفئة العمرية واللغوية ، وقد يسمع الاضطراب في نطق صوت كلام واحد (مقطع صوتي) أو عدة أصوات كلام ، وقد يكون الكلام معهوداً شاملاً أو حرفياً أو غير مفهوم ، ولا توجد مؤشرات على تشدد الحسي أو الحركي أو السمعي .

ويوضح الجدول التالي الملامح الإكلينيكية لاضطراب النطق الإرتقائي

اللامح المرتبطة	اللامح الأساسية
<p>- ملامح ارتقائية أخرى للتأخر مثل بطء للكلام والتعبير اللاإرادي وصعوبات للتطوّر وخاصة القراءة .</p> <p>التهتهة .</p>	<p>- صيوب في نطق حرف أو مقطع أو أكثر إذ قورر بنطق الآخرين في نفس السن واللهجة .</p> <p>- مصنريات الذكاء والقدرّة السمعية وأنظمة آليات للكلام (المهارة الصوتي) في حدود السواء</p>
<p>مشكلات اجتماعية وانعزالية بما في ذلك القلق ومشكلات الأقران واضطراب صورة الذات .</p> <p>- مشكلات سلوك أو تعلم بما في ذلك قصور الإنتباه والتدكير السمعي أو قصور التمييز</p>	<p>- فهم اللغة واستخدامها في التواصل وتقدره على تكوين الجملة والتعبير عن المفاهيم تكون في حدود السواء دلسة للمستوى العمري .</p>

(لويي مايكه ١٩٩٨ ، ص ٣٥٨)

## العلاج

بعد علاج التحايط أنجح العلاجات لكل أخطاء النطق وخاصة بعد سن الثامنة عندما تصبح مشكلة النطق مسببة لمشكلات مع الأقران ، ومشكلات خاصة بالتعلم واضطراب صورة الذات ، ولذا ينبغي أن يركز العلاج على إتماج الطفل في الجماعات السوية وتطوير صفات التفاعل الاجتماعي وتنشيط المهارات الاجتماعية وإرشاد الأبوين لملاحظة ومتابعة تطوّر نفس حالة النطق لدى الطفل .

## التأناة أو التهتهة Stuttering

التأناة أو التهتهة أو التلعجة هو نوع من اضطرابات النطق ، حيث يتمرّ الطفل في إطلاق كلامه بسلاسة مثل :

١ - تكرار الصوت أو مقطع من الصوت أكثر من مرة .

٢ - الإطالة في الصوت .

٣ - التلعجب والإسفراف ،

٤ - كسر الكلمات .

٥ - الصمت والتوقف أثناء الكلام .

٦ - التدويران حول معنى الكلام .

٧ - التوتير الحركي والفسولوجي أثناء للنطق

٨ - تكرار للمقطع الأولى من الكلمات مثل قلنا ، أو أيس أيس أيس كت

وهي الخالف ما تكون هذه المظاهر واضحة مع سلامة أجهزة النطق والعمليات العقلية لأخرى ، وهي الخالف ما تعود هذه الحالة لأسباب نفسية في الوقت الذي يصاحب هذه الحالة محاولات من جانب المصاب لتجنب التهتهة بإبطاء كلامه ، وحسب الكلام المعاني يجعله يتأنته ، وتجنبه للمحادثات اللطيفية والحديث مع جمع من الناس . وربما تكون التأناة مصحوبة بحركات في العينين والردعاش لشغيفين وطوحه والتزمات للحركية ، واهترار اليدين وحركة للتنفس ، ويبدو على الشخص علامات التوتر والقلق مع إمكانية حدوث قصور في الوظائف الاجتماعية نتيجة للقلق والإحباط ويحتمل تقدير الذات .

### العلاج :

ينظر الإتهامات العلاجية الحديثة إلى التأناة كاضطراب مكتسب لا يرتبط بالضرورة باضطرابات في الجهاز الكلامي أو القدرات العقلية ، وتوجه الأساليب العلاجية مباشرة لتحفيز حدة الاضطراب ، باعتبار أن التأناة ليست عرضاً ، وإنما سلوك يمكن تعديله من خلال تعظيم الفرد كيفية التحكم في النطق من خلال عمليات التدريب التدريجي وخفض ردود الفعل الانفعالية والخوف من معاودة التأناة ، كما يمكن التدخل بإعادة تشكيل الكلمات التي يتعرض فيها للشخص مع التركيز على مهام سلوكية متنوعة تتضمن خفض معدل التأناة ، سهولة النطق ، والإنتقال السهل من الكلمة إلى الأخرى .



الفصل الثالث

**الاضطرابات  
الارتقائية المنتشرة**



## الفصل الثالث

### الاضطرابات الارتقائية المنتشرة

#### Pervasive Developmental Disorder

وهي مجموعة من الاضطرابات تنصف باحتلالات شديدة ومنتشرة في العديد من النواحي الارتقائية مثل مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل ، والسلوك النمطي ، والإهتمامات والأنشطة ، وتنتشر بنسبة ١٠ - ١٥ طفل كل عشرة آلاف ، (أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٦٢٢) . وتظهر في السنة الأولى من العمر وغالباً ما تكون هناك درجة من التخلف العقلي .

ونسوف نعرض في هذا القسم ، لاضطرابات الذاتوية أو للتوحدية ، واضطراب ريت واضطرابات للتفكك أو التحلل واضطراب أسبرجر . ( DSMIV, p. 55 ) .

#### ١ - اضطراب الذاتوية أو التوحد Autistic Disorder

تظهر الذاتوية إلى أن الطفل يكون في نفسه ومع نفسه ، ويكاد يعدم التواصل الاجتماعي سواء باللفظ أو باللعب الخيالي أو الزمزي ، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم ، مع تكرارهم الدائم لسلوك واحد أو عدة سلوكيات نمطية . وعازلت الأسباب العصبية لهذه الحالات غير معروفة .

معايير التشخيص طبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع DSMIV

أ - كل المظاهر الستة للذاتوية أو أكثر من المعيار ١ ، ٢ ، ٣ مع اثنين على الأقل من المعيار (١) وواحد على الأقل من كل من ٢ ، ٣ .

١ - اختلال واضح في التفاعل الاجتماعي والذي يبدى في اثنين على الأقل من الآتي :

أ - اختلال واضح في استخدام السلوك غير اللفظي مثل النظر من العين إلى العين ، التعبير الوجهي ، الإشارات البدنية وإشارات تنظيم التفاعل الاجتماعي .

- ب - أفضل في عمل علاقة بالأقران طبقاً لمستوياتهم العمرية والعقلية .
- ج - قصور في البحث التلقائي للمشاركة والاستمتاع والاهتمامات والإنجاز مع الآخرين .
- د - قصور في التبادل أو التواصل الاجتماعي أو الانتماء .
- ٢ - الاختلالات كيفية في التواصل كما يبدو في واحد على الأقل مما يأتي :
- أ - تأخر أو قصور في نمو القدرة على الكلام (غير مصحوبة بأي محاولة لتعويض ذلك بهدف التواصل مثل الإشارات أو الإيماءات) .
- ب - مع الحالات التي لديها قدرة على الكلام : وجود خلل في القدرة على المتابعة أو الاستمرار في الحوار مع الآخرين .
- ج - الاستخدام النمطي للمفرد لغة ذاتوية النظرية للباهاء .
- د - قصور في التعبير ، وعدم القدرة على اللعب الخيالي أو المحاكاة الاجتماعية بما يتناسب مع المستوى النمائي .
- ٣ - وجود سلوك نمطي تكرر في الأنشطة والإهتمامات ، كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي :
- أ - الإشتغال الخائف سلوك نمطي تكرر شاذ .
- ب - عدم المرونة والربابة في الإشتغال بظواهر روتينية .
- ج - التكرار الجاهل لحركات محددة مثل حركة اليد أو الإصبع أو حركة نمطية في الجسم كله .
- د - الإشتغال لفترات بأجزاء من الأشياء .
- ب - تأخر أو خلل وظيفي في المجالات الثلاثة التالية من العام الثالث من العمر :
- ١ - للتفاعل الاجتماعي
- ٢ - التواصل للوعي
- ٣ - اللعب الرمزي أو الخيالي . ( DSMIV, p. 70-71 )
- وبالإضافة إلى ما سبق فإن أطفال هذه الحالة كثيراً ما يظهرون بطلافاً من المشكلات الأخرى غير السعيدة مثل القزع والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان ، وليناء للنفس خاصة إذا كانت هناك حالة من التحلف



العقلي الشديد ، وأغلب هذه الحالات يعتقدون إلى التلقائية والمبادرة والتقدير على الابتكار في شغل أوقات فراغهم .

وتتبدل مظاهر الذاتية عندما ينمو الطفل ، ولكن تظل للميول نفسها مستمرة حتى أئده الرشد على شكل نمط من المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي ، والتواصل الاجتماعي والاهتمامات . ( أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٦٢٥ ) .

### تاريخ اكتشاف الاضطراب :

يعود اكتشاف اضطراب التلقائية أو التوحد إلى الطبيب النفسي هنري مودسلي Henry Maudsley 1967 الذي ركز اهتمامه على هؤلاء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عقلية شديدة تتضمن اضطرابات وتشوه في عمليات الارتقائية، حيث اعتبرها نهان طعولة . وفي عام ١٩٤٣ قام ليو كارمر من خلال بحثه الشهير ، الاحتلالات التلقائية في التواصل الوجداني ، Autistic Disturbances of Affective Contact بتحديد مصطلح الأوتيزم اللطفي كرملة أعراض اضطراب يحدث في الطفولة المبكرة ، حيث وصف هؤلاء الأطفال الذين يعانون من الوحدة الأوتيزمية مع التأخر في استخدام اللغة وغربتها في السلوك التعملي التكراري المعيد والحركات التعملية ومحدودية الأنشطة التلقائية وفصور في التواصل غير اللفظي من خلال العين والإشارة وما إلى ذلك ، ولقد أشار كارمر إلى أن مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما كانوا يشخصون على أنهم من فئة التخلف العقلي أو الفصام . وفي عام ١٩٨٠ كان كل الأطفال الذين يعانون من اضطراب ارتقائي منتشر يشخصون على أنهم فصاميون بينما أصبح لكل من الاضطراب الأوتيزمي والفصام تشخيصاً منفصلاً على الرغم من أنه في بعض الحالات يعد الأوتيزم من الأسباب المرضية لاضطراب الفصام .

### مدى الانتشار :

يحدث الاضطراب الذاتوي لكل ٢ إلى ٣ حالات من كل ١٠,٠٠٠ طفل تحت سن ١٢ وفي كل الأحوال يحدث الأوتيزم قبل عمر ٣ سنوات .

وتشير الدراسات إلى أن هذا الاضطراب يشيع بين الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع ، وينتشر أكثر لدى الميوبة عنه لدى البنات ، لكن النساء المصابات بالأوتيزم تميل إلى الجانب الوجداني مع وجود تاريخ أسري للفصام

العقلي عند الصبيان .

### أسباب الاضطراب وعلمته ،

يعود اضطراب اللغائية أو التوحد إلى العديد من العوامل وخاصة العوامل النفسية-بينامية الأسرية حيث تؤثر التغيرات الطارئة على الأسرة مثل الانتقال أو الهجرة أو ميلاد طفل آخر أو الإهمال إلى تطور الاضطراب التوحدي . كما توجد أسباب عضوية وعصبية ، وأيضاً أسباب وراثية ، ونقص للجهاز العصبي نتيجة لإصابة الأم ، حيث تلعب الأجسام المضادة التي يكتسبها الجنين دوراً في حدوث حالة التوحد ، وقد يصاب الطفل بالأوتيزم نتيجة للإهمال الأسري في الرعاية والإصابة بالأنيميا وسره اللحية . ( Kaplan & Sadock, 1998 )

### علاج حالات الاضطراب اللغائي :

تتركز الأهداف العلاجية الأولى على للتقبل الاجتماعي وتنمية التواصل الاجتماعي للمساعدة في ارتفاع التواصل اللفظي وغير اللفظي . ويؤكد ديلاب وبيرس 1999 Dunlap & Pierce أنه يمكن إلى حد كبير تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ومدها لدى مثل هؤلاء الأطفال من خلال الإهتمام بتعصب مهاراتهم الاجتماعية حيث يخصص تلك تنمية المهارات الطبيعية تلك الأهمية في سياق الحب الودي ، وذلك من خلال استراتيجيات لتنمية قدراتهم على التواصل وفهم اللعبة وجمود التفاعلات الاجتماعية في المواقف المنزلية والمدرسية والمجمعية المعقدة .

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٢ : ص ٢٦٨)

وعلى المستوى المعلى أجريت دراسات عديدة لفحص مدى فعالية البرنامج التأهيلية التدريبية لتنمية مهارات التواصل والأنشطة الاجتماعية وتحسين السلوك المعنوي وتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال للتوحدين وكانت هناك نتائج مرضية لهذه البرامج .

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٢ )

وعلى الرغم من عدم وجود علاج دوللي ممدد للأوتيزم إلا أن الأطباء أحياناً ما يصفون بعض الأدوية التي تتعامل مع الأعراض الجانبية للأوتيزم مثل السلوك العدواني وبناء الذات وحرط النشاط والتقلب المزاجي والتعلم والإنسحاب ، ومن أمثلة هذا الدواء مركب الهالوبيريدول Haloperidol (Haldol) وأيضاً مركب الكلوميدرمين

( Clomipramine ) المسمى بالأنثراويل Anafranil .

٢ - اضطراب ريت : Rett's Disorder :

اضطراب ريت اضطراب ارتقائي يصيب للطفل بعد طور من النمو السوى ، واكتشفه الطبيب الأسترالي اندرياس ريت . ويصيب الفتيات الصغيرات بعد طور من النمو السوى لمدة ستة أشهر وغير معروفة السبب ، حيث يبدأ بتدهور جرنى أو كلى للمهارات اليدوية المكتسبة والكلام مع انخفاض معدل النمو وخاصة اللغة مع ظهور حركات معينة نمطية تكرارية جامدة تلتف لليد فيها [حناهما حول الأخرى ، مع وضع الإصبعين في حالة انثناء أمام الصدر أو النخى وعدم التصنع الجيد للطعام مع زيادة النقص والتعطل في التحكم في الإخراج وسهولة زائدة في التمايل مع عدم التفاعل الاجتماعى ، وعالياً ما تحدث نوبات صرعية صغرى لدى معظم الحالات ، وعلى عكس الاضطراب القلقوى أو القوحدى يعتبر لبناء النفس والانتشعالات للحركية النمطية المركبة مظاهر دائمة الحدوث .

( احمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ص ٦٢٦ - ٦٢٧ )

معايير تشخيص اضطراب ريت وفقاً لدليل التشخيص الإحصائى الأمريكى الرابع

أ كل ما يأتى :

١ - نمو سوى وأصبح قبل ظهور الحالة .

٢ - نمو حركى سوى خلال للشهر الخامس بعد الولادة .

٣ - امتتارة طبيعية للرأس أثناء الولادة .

ب حدوث ما يأتى بعد فترة من النمو السوى :

١ - انخفاض فى معدل نمو الرأس من الشهر الخامس حتى الشهر الثامن والأربعين .

٢ - فقدان حركة اليدين المكتسبة من ٥ - ٢٠ شهر مع ظهور الحركات النمطية لليدين .

٣ - فقدان الارتباط الاجتماعى فى بداية الإصابة .

٤ - ظهور عدم تألق حركى فى المشى أو الترنج أثناء المشى .

٥ - قصور وتدهور وأصبح فى ارتقاء اللعبة للتعبيرية أو الإستقلالية مع

تأخر نفسي حركي شديدين.

### علاج اضطراب ريث :

يتم التدخل العلاجي لتخفيف أعراض الاضطراب ، ومن المهم التركيز على العلاج الرياضي ( للتدريب البدنية ) مع التدخل الدوائي لعلاج نوبات الصرع ، مع العلاج السلوكي للسيطرة على سلوك إيذاء الذات إلى وجد مع التدريب على انتظام التنفس .

### ٣ - اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder :

تدل مؤشرات هذا الاضطراب على حدوث تكوّن في العديد من الوظائف بعد مرور عامين على الأقل من النمو المورى ، ويعرف هذا الاضطراب أيضاً تحت اسم رملة اضطراب هيلر Heller's syndrome والذهان للتطلي Disintegrative psy . chosis

### معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - نمو سرى عامين على الأقل بعد الميلاد ماسب لمعايير الارتقاء للتواصل اللفظي وغير اللفظي والملاط الاجتماعية وللعاب والسلوك التكفي .

ب - مؤشرات إكلينيكية على فقد المهارات المكتسبة قبل من العاشرة في اثنين على الأقل في المجالات التالية :

١ - لغة التعبيرية أو الاستقبالية .

٢ - المهارات الاجتماعية أو للملوك التكفي .

٣ - التحكم في المثانة والأمعاء .

٤ - للعب .

٥ - للمهارات المعركية .

ج - اضطراب في القدرة الوظيفية لاثنتين على الأقل في المجالات الآتية :

١ - قصور تكفي في التفاعل الاجتماعي (مثل : تمطل في التواصل غير اللفظي ، الفشل في الارتباط بالرفاق ، قصور في التفاهم الاجتماعي والاتفالي) .

٢ - قصور تكفي في التواصل (مثل : تأخر أو قصور في الكلام ، العشل

في إقامة أو الاستمرار في حوار أو محادثة ، الاستخدام النمطي المتكرر المقيد للغة ، الفشل في ممارسة اللعب الخيالي) .

٣ - سلوك نمطي مقيد وتكرارى في الاهتمامات والأنشطة الحركية .

د - ألا يعود هذا الاضطراب إلى اضطراب ثانى منتشر آخر أو للنفسام .

### العلاج

نظراً لكون المظاهر الإكلينيكية لهذا الاضطراب تتشابه مع مظاهر اضطراب الأوتيزم أو التوحدية فإنه يمكن استخدام للفتيات التأهيلية والعلاجية السابق ذكرها لدى مثل هؤلاء .

٤ - اضطراب أسبرجر Asperger's Disorder .

وهو من الاضطرابات التي تشير مؤشراتها الإكلينيكية إلى قصور شديد مستمر في التفاعل الاجتماعي وظهور سلوك نمطي تكرارى مقيد في الأنشطة والاهتمامات ، وعلى خلاف الأوتيزم (الذاتوية) لا يوجد في هذا الاضطراب دليل على تأخر علم اللغوى أو المعرفى أو للمهارات النفسية .

ولقد اكتشفه الطبيب النمساوى هانز أسبرجر Hans Asperger عام

١٩٤٤

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - تعطل كيقى في التفاعل الاجتماعى كما يبدو في اثنين على الأقل مما يأتى :

١ - تعطل في استخدام السلوك غير اللفظى المتعدد مثل النظر إلى العين وتعبيرات الوجه ، والإشارات اليدوية ، وإشارات لتنظيم التفاعل الاجتماعى .

٢ - فشل في عمل علاقة بالأقران طبقاً لمستوى نموه .

٣ - الفشل في القدرة التلقائية للبحث عن المشاركة في الأمور الترفيهية والاستمتاع والاهتمامات أو الحصور ، أو يكون موضع اهتمام الآخرين .

٤ - الفشل في التفاهم الاجتماعى والانفعالى .

ب - ظهور أنماط من السلوك التكرارى المقيد فى الأنشطة والاهتمامات كما يبدو فى واحدة على الأكل مما يأتى :

١ - الإهتمام غير المادى بالاهتمام واحد أو أكثر بشكل نمطى تكرارى مقيد .

٢ - الجعود للواضح فى الإلتزام بأفعال روتينية تافهة أو عدسة الحدوى

٣ - تكرار حركى نمطى لليد أو الأصابع أو للتواء حركى لكل للحسم .

٤ - الإهتمام للمركز على أجزاء من الموضوعات .

جـ - يسبب الاضطراب دلالات إكلينيكية فى قصور الوظائف الاجتماعية والعمل والشياطين ذات الصلة .

د - لا يوجد دليل إكلينيكى على التأخر اللغوى .

هـ - لا يوجد دليل على التأخر فى الوظائف المعرفية أو للمهارات السمعية أو البصرية التكيفى .

و - لا تعود هذه المعايير إلى اضطراب نمائى منتشر محدود أو الغصام .

الملاج :

يمكن استخدام بعض البرامج التأهيلية المستعملة مع الأطفال التوحدين ، ويمكنهم مواصلة للدراسة ولديهم مهارات لغوية مع وعى بالنفس ، ولذا يمكن أن يشاركوا بفاعلية فى برامج للعلاج النفسى .

## اضطراب المهارات الحركية

Motor skills Disorder

## اضطراب التنسيق الحركي الإرتقائي

Developmental Coordination Disorder

تشير المؤشرات الإكلينيكية لهذا الاضطراب إلى وجود خلل دال في ارتقاء لتناسق الحركي يحدث في غياب أي خلل عصبي أو خلل عقلي عام ، ولكنه قد يكون مصحوباً باضطراب لبعض المظاهر غير الحركية مثل اضطراب النطق ، والتعبير اللفظي ، واضطراب للغة التمييزي والإستقبالي .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - قصور في الأنشطة التي تتطلب تناسق حركي دون مستوى التأثير الحركي المعتاد للمستوى العمري والعقلي ، وهذا يبدو في تأخر الأنشطة الحركية ( مثل : المشي والركض والقفز ) وإسقاط الأشياء وقصور في الأداء الرياضي وفي استعمال اليد في الكتابة .

ب - يؤدي الخلل السابق إلى مشكلات في التحصيل الدراسي والأنشطة اليومية .

ج - لا ينبغي أن تكون الحالة بسبب حالة طبية عامة مثل ( الشلل الدماغي Cerebral palsy والشلل النصفي Himplesia وتصلب لعضلات ) ولا تقابل معايير تشخيص الاضطراب الدماغي المنتشر .

د - وبذا وجد التحلف العقلي تكون الصعوبات الحركية مرتبطة به وتزيد في أنواع التحلف العقلي التي تكون مصحوبة بهذه الحالة .

## العلاج :

تشمل الأساليب العلاجية برامج للتدريب الإدراكي للحركي واستخدام التربية البدنية لرياضية للتمرين على الإتيان الحركي مع تمارين الاسترخاء ، وبطراً لأن الاضطراب قد يصاحبه اضطرابات في التعلم والتواصل فإنه من المفيد أخذ هذه الاضطرابات في الاعتبار ببرامج تأهيلي شامل لتأهيل المصطلين وبمستوى من المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل .

ويصلح أسلوب مارييا مونتيسوري Montessori Technique مع أطفال ما قبل المدرسة حيث يركز هذا الأسلوب على الإرتقاء بمهارات الحركة مع الأحدث في الإعتبار أن كل التمارين ضرورية وليس هناك تمرين معطل عن الآخر . مع مراعاة اختيار برامج مناسبة للتعامل مع المشكلات المصاحبة للاضطراب مثل المشكلات الانفعالية واضطرابات التواصل .

( Kaplan & Sadock, 1998 )



## **الفصل الرابع**

اضطرابات تحسّنت الإتياء والسلوك التخريبي

اضطراب التحدي والمعارضة

اضطرابات اللوازم

اضطرابات التقنية والأكل



## المقدمة الفصل الرابع

### اضطرابات تشتت الانتباه والسلوك التخريبي

#### Attention - Deficit and Disruptive Behavior Disorders

#### أولاً - اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة أو النشاط A D H D

##### Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder

كثيراً ما يشكو الآباء والمعلمون من حالات معينة يحدث لها نوع من تشتت الانتباه وعدم التركيز في العملية التعليمية مع زيادة مفرطة في الحركة وعدم الاستقرار .

#### المؤشرات التشخيصية :

إن الملمح الأساسي لاضطراب تشتت الانتباه مع فرط الحركة هو نمط دائم من تشتت أو الإغفالية للحركة المتكررة الحدوث بشدة أكثر من المعداد لدى الأقران الآخرين وفقاً لمستوى النمو ، ويبدأ هذا الاضطراب قبل سن السابعة على أن تكون الأعراض ملازمة للبيت والمدرسة أو العمل إن وجد ، ويسبب هذه الأعراض اضطراب التحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية والعمل .

#### مدى إنتشار الاضطراب :

يشيع انتشار هذا الاضطراب ما بين ٢ إلى ٢٠ ٪ لدى أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية ونقل النسبة في بريطانيا بواحد في المائة عن أمريكا ويتزايد حدوث الاضطراب لدى الصبية أكثر من الفتيات بنسبة ٣ - ١ إلى أكثر من ٥ - ١ . وترتفع التقديرات عادة في المستويات الاقتصادية - الاجتماعية الدنيا ، كما يلعب الدور الوراثي في زيادة هذه النسبة ، إن وجد ، ما يقرب من ٧ ٪ إلى ٢٣ ٪ من المصابين بهذا الاضطراب إذا كان لدى أحد الأبوين أو الأشقاء تاريخاً مرضياً بهذا الاضطراب.

## أسباب الاضطراب :

تتعدد أسباب هذا الاضطراب . من الأسباب العصبية والمصبية والتمائية والنفسية الاجتماعية.

## الأسباب الوراثية :

ففي الدراسات الوراثية والجينية وجد أن نسبة كبيرة كما ورد سابقاً من الأطفال المضطربين بشتت الانتباه وهرط الحركة كان لأسرهم تاريخاً مرضياً سابقاً ، كما وجد أن الآباء الذين لديهم مشكلات مع الإدمان والكحولية والسلوك المضاد للمجتمع كان معدلات إصابة أبنائهم أعلى بهذا الاضطراب عن الآخرين .

## الأسباب الإرقالية :

لوحظ أن الأطفال من موليد شهر سبتمبر أكثر في الإصابة بهرط الحركة وشتت الانتباه . وقد تعود هذه الحالة لإصابة الأطفال بأمراض الشتاء في سن مبكر عمرهم ، وقد تسبب حوادث لانفك للتماعي أثناء الحمل ولقائه قدرات النمر الأولى نتيجة لتضعم واضطراب للتمثيل الغذائي . والإصابات بالحمى والأمراض المعدية والربو والحوادث .

## الأسباب العصبية :

نعترض بعض التخريجات أن سلوك الطفل الذي يملأ من هذا الاضطراب يعاني من خلل وظيفي في الناقلات العصبية Neurotransmitters ، وخاصة الناقل العصبي للدونيفرون Norcpinephrine ومنشطاته من الدوبامين Dopamine وخاصة في الدماغ الأوسط وبناتق للمخ .

## العوامل النفسية الاجتماعية :

لوحظ أن أفعال المؤسسات يمانون من حركة مفردة وقصور في تركيز الانتباه ، وتعود هذه الملاحظات إلى الحرمان للعاطفي الطويل ، وتزول هذه الأعراض بعد زوال الحرمان العاطفي ، كما تؤدي الصعوبات الشديدة ، واضطراب المناخ الأسري والتعلق إلى نهضة الإصابة بهذا الاضطراب ، كما تسهم الظروف الاجتماعية والنظم الأكاديمية والإشراف في نظم النظام والحياة الروتينية المملة إلى الإصابة بهذا الاضطراب .

## معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV

أ - إما (١) أو (٢):

(١) ست أو أكثر من أعراض عدم الإنتباه Inattention تستمر لسنة أشهر على الأقل بدرجة غير سوية أو غير متسقة مع مستوى النمو .

عدم الإنتباه :

أ - الفشل في العناية بالتفاصيل والإهتمام بالأخطاء في الميدان الدراسي والعمل والأنشطة الأخرى .

ب - الفشل في تركيز الإنتباه ومواصلة نشاط معين في المهام أو الألعاب .

ج - لا يهتم باهتمام .

د - عدم القدرة على متابعة أو إكمال الأشياء التي يبدأها مثل الواجب المدرسي والمهام الأخرى في العمل مع الفشل في إتباع التعليمات .

هـ - الفشل في تنظيم المهام والأنشطة .

و - تجنب الأعمال والمهام التي تحتاج لتركيز وجهده عقلي .

ز - دائماً ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام مثل أدوات اللعب ، والأقلام ، والكتب والأدوات المدرسية .

ح - عابثاً ما يصاب بالذهول أو الخمول حيال المثيرات الغريبة أو غير المعتادة .

ط - غالباً ما ينسى المهام اليومية .

(٢) ست أو أكثر من أعراض الاصطرابات الحركية التأتلية تستمر لعدة سنة أشهر بدرجة غير سوية أو متسقة مع مستوى النمو .

فرط النشاط :

أ - دائم للجري والتسلق بصورة زائدة .

ب - غالباً ما يترك مقعده في الفصل وفي الأماكن التي تتطلب الجلوس .

ج - يجد صعوبة في اللعب أو الاندماج والاستمتاع بالهدوء .

د - دائماً على عجلة من أمره وكأنه مدفوع بمحرك .

هـ - كثير الكلام والثرثرة .

و - دائم التعامل وتحريك لليدين والساقيين وعدم الاستغناء في جلوسه على المقعد .

### الاندفاعية :

- ز - غالباً ما يتدفق في الإجابة قبل إكمال السؤال .
- ح - لا يطبق الإنتظار في دور معين أو طابور معين .
- ط - غالباً ما يتركه الآخرين ويقع نصه على المصادفات والألعاب .
- ب - حدوث بعض أعراض حرط للشلط والاندفاعية وتشتت الإنتباه قبل من المذاكرة .
- ج - تسبب الأعراض خلق في النشاط المدرسي أو العمل أو المدرس .
- د - تشتت واضح في المواقف الاجتماعية وللدراسة والعمل .
- هـ - لا تكون هذه الأعراض حادثة أثناء الاضطراب الدماغي المعتدل أو المتدهن أو اضطراب ذهاني لخر أو اضطرابات أخرى مثل لاضطراب المزاج والقلق والإشفاق أو اضطراب الشخصية .

### العلاج :

عالباً ما يستخدم للعلاج الدوائي وخاصة المنشطات العصبية ، ومصداك ، لاكنئاب ، ويمكن استخدام مصداك للذهان لدى بعض الحالات ، وذلك لتحسين مستوى الإنساق وللوصول إلى معدلات مقبولة في التحصيل الدراسي الذي يعود بمردود إيجابي على تقدير الذات .

ولكن العلاج الدوائي لا يكفي وهذه لتحسين حالات تشتت الإنتباه وحرط النشاط ، ولذا ينبغي للتدخل بالعلاج الفردي وبرامج تعديل السلوك والإرشاد لأسرى ، وبرامج التعلم الناجحة حيث يمكن مساعدة الطفل على تنظيم عالمه وتنظيم الأداء للمعاداة لأنشطة والاستقرار ، مع أهمية تقبل الوالدين لاختلاف سلوك طفلهم عن غيرهم ، مما يتطلب منهم مساعدة المعلمين والمدرسة في وضع برنامج علاجي تأهيلي مناسب .

كما يفيد العلاج الجمعي في رفع مستوى المهارات الاجتماعية وتقدير الذات وإدراك قيمة الانساق وتطور مهارات اللعب الجماعي وتدريبهم من خلال الجماعة على تعلم الإنتظار والتنظيم وتركيز الإنتباه .

## ثانياً . الاضطرابات التخريبية Disruptive Behavior Disorders

تمثل اضطرابات السلوك التخريبية أحد الاضطرابات التي يشيع حدوثها في الطفولة وتلبي تكمثل في اضطراب المسك أو الجذاح واضطراب التحدى والمعارضة الجزية.

### أولاً - اضطرابات المسك أو التصرف (الجناح) Conduct Disorder

يوصف الجناح لدى الأحداث أو الأطفال تحت سن التكليف القانوني (١٨ سنة) الذين يجرمون على القانون والمواعد والتقاليد بمسالك عدوانية وتخريبية ، وعدم مراعاة حقوق الآخرين إلا أن اضطراب المسك غالباً ما يشخص قبل سن ١٣ أم بعده يكون في إطار للسلوك المعضاد للمجتمع . ويقع هذا الاضطراب في رُبع مجموعات أساسية هي :

- ١ السلوك العدواني الذي يسبب أدى أو تهديد للآخرين والحيوانات .
- ٢ السلوك غير العدواني الذي يسبب فقدان أو خسارة .
- ٣ سلوك الاحتيال والخدمة أو السرقة .
- ٤ والخروج المعتمد على القوتين والقواعد المرعية .

وبنعي أن تكون ثلاثة من هذه المظاهر دائمة الحدوث قبل مدة من التشخيص مع ظهور سلوك واحد على الأقل قبل مدة أشهر مع التأكيد على ضرورة أن تكون سبباً في أحداث خلل في للعلاقات الاجتماعية والمجال الطبيعي والعمل .

#### مدى الانتشار :

يحدث هذا الاضطراب أثناء الطفولة والمراهقة بنسبة تقديرية ٦ - ١٦ ٪ لدى الذكور ، ٢ - ٩ ٪ لدى الإناث تحت ١٨ سنة . وينتشر أكثر لدى الذكور ولدى أبناء مصطري الشخصية للمصادة للمجتمع والمدمنين ويرتبط بالمستوى الإقتصادي الاجتماعي المنخفض .

#### أسباب الاضطراب .

لا يوجد عامل واحد يسبب لاضطراب المسك ولكن تسهم العديد من لمرمل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في ظهور وتطور هذا الاضطراب .

### العوامل الوالدية :

إن القسوة والعقوبة المصحوبة بتدويل لعنفي وبدني شديد من جانب الأبوين تؤدي إلى حدوث وتطور السلوك العدائي غير التكيفي لدى الأطفال ، ونشوش الحياة الأسرية في المنزل غالباً ما يصاحبها سلوك مضطرب وجناح لدى الأطفال . وبشكل انطلاق عامل خطورة في حدوث جناح الأطفال واستمرار الشجار والذراع بين الأبوين المتعلقين يؤدي إلى تزايد احتمال حدوث الجناح والسلوك غير التكيفي ، فضلاً عن وجود مشاكل من قبيل الأمراض النفسية لدى الأبوين والإساءة للطفل والعزلة والسيكوبثية والإدمان ، وخاصة إدمان الكوكايين الذي يؤدي إلى نقل عدوى الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسب) حيث يؤدي إلى إهمال الأبناء والإساءة إليهم وتهيئة المناخ لظهور السلوك التخريبي والجناح .

ومن الأمور الدلالات الإكلينيكية إلى أن مثل هؤلاء الأطفال يسلكون لا شعور بأما برغبة الأباء من سلوك منحرف وجناح ، فقلة الجناح تأتي من أبوين غير مسئولين ، يكسرون أبنائهم مسلكاً منحرفاً وشاذاً ، فضلاً عن قصور في الرعايه التي يحمل لمة الطعن وسلوكه بدولاً يعطى تكون شخصية الطفل ناجمة عن اللذة مرهوبة بالترجسة ولا تصنع الآخر هي الحماسي فهي تسعى فقط لإشباع حاجاتها المتنوعة بصرف النظر عن القيم والقوانين والعادات والأعراف الاجتماعية . وهذا يكون نتيجة لقصور حد في التربية الأخلاقية التي تنظم السلوك .

### العوامل الاجتماعية الثقافية :

بشكل العزلة الاقتصادية الاجتماعية عامل خطورة لإحداث هذا الاضطراب، فبطالة الآباء وفقدان شبكة الدعم الاجتماعي وعدم وجود أدوات اجتماعية بيجانية تسهم إلى حد كبير في ظهور هذا الاضطراب ، وجرح الأطفال وانسراطهم في المسالك التخريبية وتماطلي المتغيرات في من مبكرة .

### العوامل النفسية :

لدى الإساءة للطفل وإهماله وتغييفه وعزله من جانب الأبوين إلى ظهور نوبات الغضب والتخريب والإكساح والقتل في تطور القدرة على تحمل الإحباط التي تتطلبها العلاقات التناسجية ، ويظن أن تكون النموذج الأبوي مضطرباً ورائع للتدمير فإن ذلك يؤثر في تكوين الصورة المثالية للأب ويفقد في هذه الحالة إلى ما يسمى بنموذج مما يصعب لديه القدرة على التنظيم الداخلي والضمير الأخلاقي حيث لا يلتزم الرعاية التربوية للكافية لاستكمال القواعد الاجتماعية مما يجعلهم لا يراعونها



ولا يهتمون بالحياة الاجتماعية ولا يصحون الآخرون في الإعتبار بقدر ما يهتمون بحاجاتهم الخاصة في عالم من القوضى .

### العوامل العصبية :

أثبتت بعض البحوث القليلة وجود أسباب عصبية وعضوية لاضطراب المسلك أو الجذاح ، وخاصة زيادة السيروتونين في الدم مع نقص في إنزيم الدوبامين هيدروكسيلاز Dopamine B-Hydroxylase الذي يحول للدوبامين إلى نورينفرين ، تلك الاكتشافات التي أكدت تنافس الوظائف للتورأدينالية لدى مضطربي المسلك أو الجذاح .

### معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

بعض سلوكي متكرر ومستمر للاعتداء على حقوق الآخرين وللقواعد والمعايير الاجتماعية بشكل لا يتناسب مع مستوى النمو ، ويقدى في ثلاثة أو أكثر من المعيير الالية ، يحدث لمدة عام سابق أو ظهور معيار واحد على الأقل لمدة ستة أشهر سابقة .

### لعدوان على الناس والحيوانات

- ١ - دائم التحرش والتهديد للآخرين .
- ٢ - ييلدر بالشجار البدني .
- ٣ - يستخدم الات حادة يمكنها أن تسبب إصابات بدنية حادة . مثل السكاكين والسبكات ، وقطع الزجاج وما إلى ذلك .
- ٤ - يتصف بالوحشية أو القسوة البدنية للمتهدمة على الآخرين .
- ٥ - يتصف بالوحشية أو القسوة البدنية للمتهدمة على الحيوانات .
- ٦ - غالباً ما يسلط على الضحايا بسرقه أدواتهم ولقياس نفوذهم وما إلى ذلك .
- ٧ - يغري الآخرين للدخول في أنشطة جنسية .

### تخريب الممتلكات

- ٨ - يميل إلى إشعال الحرائق لحداث خسارة فادحة .
- ٩ - يميل إلى تدمير وتخريب ممتلكات الآخرين .

### الهداع أو السرقة .

- ١٠ - ارتكاب بعض السرقات المنزلية أو للمباني العامة أو السيارات .
- ١١ - دلق الكتب والتضليل للخروج من المأزق .

١٢ - السرقة المتعددة والاحتلاس واتهام الآخرين مثل السرقة من المصلات العامة بدون كسر أو تخريب .

الإنهاء المعتمد للقواعد

١٣ - أبقاء لفترة طويلة خارج المنزل ليلاً قبل من ١٣ .

١٤ - تهروب من المنزل .

١٥ - للهروب من المدرسة .

ب - بسبب الاضطراب خلل واضح في العلاقات الاجتماعية والحق للدرسي والعمل .

ج - لا شحس هذه للحالات بعد من الثامنة عشرة .

### العلاج

يجد العاملون في ميدان الصحة النفسية صعوبة في إيجاد برنامج علاجية ناححه لهذا الاضطراب ، حيث تتضمن النتائج الواردة من العلاج النفسي ، ولذا تميل المؤسسات التأهيلية ومؤسسات رعاية الأحداث إلى اعتماد برامج متكاملة بشارك فيها الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والمختصون في العلاج لاسرى والاباء والمربين ، وقوى المجتمع في وضع استراتيجيات علاجية تساعد في تخفيف هذه الاضطرابات .

وتحتاج هذه الفئات إلى تدخل رسمي من أجهزة الدولة المعنية لإعادة التنبه الاجتماعية لأسر هؤلاء . وبخاصة المناطق العشوائية وفتح المدارس والمؤسسات الرقابية وتنظيم هذه المجتمعات للحد من ظاهرة التجنح ، والملك للمصاد للمجتمع ، فشعور هذه الفئة بالرعاية والاهتمام من جانب للمجتمع يجعلهم أقل عدواناً . وأكثر تقبلاً لتقويم والمعايير الاجتماعية وإنحاليهم في منظومة للعمل الاجتماعي كمواطنين فاعلين وينسوا على الهامش أو خارج الحساب .

ويمكن استخدام العلاج النفسي الفردي الموجه لتحسين مهارات القدرة على حل المشكلات ويكون من المفيد للعمل مع الحالات المبكرة قبل أن يصبح الاضطراب مزمناً .

كما يمكن التدخل بالعلاج للدوائ للسيطرة على السلوك العدواني مثل عفر هالوبيريدول (Halol) وكذلك استخدام الليثيوم ( Eskalith ) للحد من المتوك

العدواني والوقاية . مع استخدام الأدوية التي تحافظ على الإستقرار المزاجي ولا تعلى

وتكون اضطراب للميلك أو للجناح قد يصلحبه نشئت في الإكتناء وحرط ، لنشاط واضطرابات التعلم واضطراب المزاج والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد ذات التأثير العكسي (المخدرات والمسكرات) فيلته من الضروري الأخذ في الإعتبار شعول البرنامج العلاجي وتنوعه لينطى هذه القطاعات من الاضطرابات .

## اضطراب التحدي والمعارضة الجريئة

## Oppositional Defiant Disorder

وهو الاضطراب الذي يبدو فيه الطفل أكثر معارضة وتعدي ورفض وعدائية تجاه أشكال السلطة تستمر لمدة سنة أشهر ، وتتجاوز هذه المظاهر الإطار الطبيعى لسلوك طفل مماثل له فى العمر ومن نفس السياق الاجتماعى والثقافى الإقتصادى .

ويشيع هذا الاضطراب لدى أطفال ما قبل المدرسة ، وفى بداية المراهقة وتتشابه الأعراض لدى الذكور والإناث ، بينما قد تتزايد حدة المعارضة والتحدى لدى الذكور ، وغالباً ما تظهر أعراض هذا الاضطراب تحداً الأبهين والأوامر الأمرية فى المنزل ، ولكنها قد تنتقل إلى مواقف أخرى خارج المنزل . وتشير معدلات شيعه من ١٦ ٪ إلى ٢ ٪ .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - نمط من السلوك الرافض والمعتنى والتحدى أو المعارض بدرجة تبه السلطة والأوامر بصورة تستمر سنة أشهر على الأقل من خلال مواصلة أربعة أو أكثر من المظاهر التالية :

- ١ - غالباً ما يفقد أعصابه ويقت مزاجه .
- ٢ - غالباً ما يعارض الكبار .
- ٣ - غالباً ما يرفض أوامر وقواعد الكبار .
- ٤ - غالباً ما يتعمد مصايقة الآخرين واستفزازهم .
- ٥ - يلوم الآخرين غالباً على ما يقوم به من أخطاء .
- ٦ - يمكن استثارته ويغضب بسهولة من جانب الآخرين .
- ٧ - غالباً ما يغضب ويمتص .
- ٨ - نكاح للسطح والتبرير .

ب - يبنى أن تسبب هذه المظاهر اختلالات فى العلاقات الاجتماعية والتحل المدرسى والعمل .

ج - ألا يعود مظاهر الاضطراب لتطور من الاثنان أو لاضطرابات المراج .

والسمة المميزة لهذا الاضطراب هو غياب السلوك للعارج على القانون وعلى حقوق الآخرين ، الذي يحدث في حالات السرقة وللقسوة والاضطهاد والاعتداء وشهيد التي تميز لاضطراب السلوك أو الجناح.

المعالجة .

يشكل العلاج النفسي الفردي للطفل أولى أشكال للعلاج المناسب لاضطراب المعارضة والتحدى مع إرشاد الأيوين وتدريبهم المباشر على مهارات إدارة السلوك الضعيف وتوجيهه . وتشير أساليب العلاج للسلوكي إلى أهمية تعليم الأيوين كيف يعدلوا سلوكهم لعدم تشجيع الطفل على معارضتهم وتحديهم من خلال تدعيم السلوك الطبيعي وإصغاء سلوك المعارضة والتحدى . وقد تأتي البرامج العلاجية بتتبع طيبة في تعديل سلوك الأبناء بينما يقلل الآباء على سلوكهم للعاطية والصراع مع الابن بالعنفية والنهر والرفض، وما إلى ذلك مما يجعل الطفل أكثر تحدياً ، ولذا ينبغي أن يركز في الاعتبار العلاج التكاملي لكلا الطرفين : الأسرة والطفل .

## اضطرابات التغذية والأكل في مرحلة الرضاعة

### أو الطفولة المبكرة

Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood

وهي الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال للرضع والمرحلة المبكرة تتميز باستمرار اختلال عمليات التغذية والأكل ، وتشمل التقيؤ أو الرفض لأكل أشياء غير طبيعية ، Pica أو سلوك اجتورار الطعام ، أو اضطراب الرضاعة . وقد يحدث أنهم طبعياً (الشراهة) ولقهم العصبى (رفض الطعام) بعد من الرضاعة .

أولاً : التقيؤ أو الرفض لأكل أشياء غير طبيعية Pica :

وهو لأكل المستمر لأشياء غير طبيعية لمدة لا تقل عن شهر ، وتختلف المواد التي يتناولها الطفل من من إلى آخر . فالأطفال الصغار يغلبون على أكل مادة الخشب والدهان والشعر واللبلاستر والخيط والقماش . بينما يأكل الأطفال الأكبر روث الحيوانات والورق أو الطين .

وقد تحدث هذه المظاهر كأحد علامات اضطرابات التخلف العقلى أو الاضطرابات الارتقائية المنتشرة أو الغصام أو قد تحدث كحالة منفردة نتيجة لأسباب بعسية . وقد تختفى هذه الأعراض تلقائياً وفقاً لتطور النمو مثلما يحدث لدى المرأة الحامل في طور بيته ثم يختفى .

وتعود أسباب الرفض إلى الأشياء غير الطبيعية إلى العديد من الأسباب التي قد تعود إلى نقص في المكونات الغذائية في لبن الأم أو الطعام الطبيعي ، بينما يشكل الحرمان للعاطفى والإهمال أحد الأسباب الأساسية لهذا الاضطراب .

### العلاج

يشفى العديد من الأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب كمرحلة أولى للعلاج ، فإذا كانت تعود إلى مواقف الحرمان والإهمال فيشفي زوال هذا السبب ، وتوجيه الأسرة إلى فنيات التعامل مع التعدية الطفلية وتخفيف المنحوط للنفوس ونهضة الأجواء الأسرية المناسبة لانتظام الإيقاع النفسى للبدن لدى الطفل . أما في كانت تعود إلى نقص في بعض مكونات الدم فإنه يمكن عمل نظام غذائى طبيعى لتعويض هذا النقص .

### ثانياً : اضطراب اجترار الطعام : Rumination Disorder :

وهو نوع من اضطرابات الأكل تظهر فيه عملية إعادة الطعام من المعدة إلى الفم وإعادة مضغه (السلوك الإجتراري) والذي يحدث لدى الأطفال بعد طور من الإنشطار الطبيعي في عمية الأكل والهضم ، وذلك لمدة شهر على الأقل .

وعالماً ما يشعر هؤلاء الأطفال بالفتور وعدم الاستقرار والجوع بين فترات الاجترار ، وعلى الرغم من جوعهم وتناولهم كمية كبيرة من الطعام إلا أنهم غالباً ما يصابون بسوء التغذية لأن السلوك الاجتراري يأتي مباشرة بعد الأكل مما يسبب نقصان الوزن ، والفتل في تحقيق الوزن المناسب ، ويمكن حدوث الموت ( حيث تشير الإحصاءات إلى أن 25٪ من هؤلاء الأطفال يموتون) وتكون اضطرابات سوء التغذية أقل لدى الأطفال الأكبر والبالغين .

#### أسباب الاضطراب

يعد الأسباب للنسبة الاجتماعية هي مقبلة أسباب هذا الاضطراب مثل نقص التغذية ، وإهمال ، ومواقف الحياة المتناضلة في المحيط الأسري ومشكلات العلاقة بين الطفل وأبويه . وقد يعود الاضطراب إلى وجود حالة من التخلف السطلي .

#### العلاج

ينبغي أن يركز العلاج على استعادة الأجواء الصحية في علاقة الطفل بالأم والمحيطين واستحداث فنيات للعلاج السلوكي مثل عصور ليعومه في قم الطفل في حالة حدوث الاجترار كي يتوقف السلوك الاجتراري لفترة تتراوح من ٣ إلى ٥ أيام . كما يمكن جذب اهتمام الطفل إلى أمور أخرى عندما يحدث الاجترار .

ويمكن للتدخل الجراحي والدوائي بعقاقير مثل الميلندريل والهادرل الذي يحفض من الشهامة في تناول الطعام ، لكي لا يحدث الاجترار كنتيجة لشراهة الطفل في تناول الطعام .

### ثالثاً : اضطراب التغذية في الطفولة المبكرة : Feeding Disorder :

وهي حالة متنوعة المظاهر تتمحور في مرحلة الطفولة المبكرة ، تتميز بصلة أساسية على فقدان الوزن أو الهزال لمدة أكثر من شهر ، ولا تكون الحالة بسبب مشكلات صحية أو اضطرابات نفسية ، أو لأسباب نقص الغذاء أو السجاعات ، وغالباً ما يحدث قبل سن الخامسة .

## اضطرابات الوسواس

## Tic Disorders

اللزمة Tic هي حركة فجائية غير إرادية سريعة ، ومتكررة ، وغير إيقاعية ، وتأخذ شكلاً نمطياً في السلوك والصوت ، وتبدل السيطرة عليها صعبة ، ولكن يمكن قمعها لمدة من الوقت .

وتتضمن التوازم الحركية البسيطة : طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكتف ولوى فسمات الوجه . أما التوازم الصوتية الشائعة فتتضمن : نصغية الحلق ( التلححة ) التلحح ، الفصحح . أما التوازم الحركية الشائعة فتتضمن صرير اللسان ، القفز والوثب على قدم واحدة ( الحجل ) .. (أحمد عكاشه ، ١٩٩٨) .

أما التوازم الحركية الصوتية الشائعة فتشمل تكرار كلمات أو عبارات حارجه ( ديدنة ) ، وتكرار كلمات خاصة بالشخص ، أو تكرار آخر مقطع من الكلمة أو الصوت ( التردد أو للصدى ) والتقليد لصوت وحركة شخص ما . (DSMIV, p 100)

وتشمل هذه الاضطرابات اضطراب توريت ، والاضطراب الحركي الصمى المزمن ، واضطراب التوازم العرضي أو العابر .

## ١ اضطراب توريت Tourette's Disorder :

الأعراض الشائعة هي لاضطراب توريت هي الوسواس والفتور أو الإندفاعات ، فرط النشاط ، والفتورية للفتور . وعدم الارتياح الاجتماعي ، والحرى ، والمزاج المكتئب متكرر للحدث . ويمكن أن تخلق للوظائف الاجتماعية والدراسية والعمل نتيجة لرهن الآخرين هذه للزيمات الحركية والصوتية ، أو القلق من معارضة حدوث اللزمة في المواقف الاجتماعية ، ومع الحالات الشديدة من هذا الاضطراب قد تتسبب الأنشطة اليومية مثل القراءة أو الكتابة ، أو ربما إصابة العين بضرر نتيجة لزمة حركية من اليد تضرب العين ، أو إيذاء للجسم نتيجة لهذه الحركات اللاإرادية .

ويمكن أن يكون هذا الاضطراب مصاحب لاضطرابات الوسواس القهري ، تشتت الانتباه ، وفرط النشاط واضطرابات التعلم .

ولتحديد معايير تشخيص لاضطراب توريت في حدوث واحدة أو أكثر من التوازم الحركية أو الصوتية لبعض الوقت أثناء المرض ، وليس من الضروري تكرار حدوثها ، وتكون اللزمة مفاجئة وسريعة ولا إيقاعية ونمطية سواء كانت حركة أو صوتية ويمكن أن تستمر لبعض الوقت ، وتحدث كل يوم تقريباً لمدة تزيد عن عام .



وترجع أسباب اضطراب توريت إلى عوامل جينية وراثية ، وترتبط أيضاً بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل العصاب القهري وتشتت الانتباه وفرط الحركة . كما وجدت أسباب عصبية في مراكز الحركة في الجهاز العصبي نتيجة خلل في الوصلات العصبية .

العلاج .

يطلب هذا الاضطراب التدخل العلاجي الدوائي الذي يقوم بضبط الإيقاع الحركي للجهاز العصبي من خلال تنشيط أو تثبيط الوصلات العصبية ، أما الحالات الخفيفة فيمكن التعامل معها من خلال العلاج النفسي أو التدخل العلاجي . لمساعد للملاح الدوائي لتدعيم الإستجابات الحركية السليمة ، ومراقبة الذات ، والعمل على تخفيف الصعوبات الناتجة عن هذا الاضطراب ، وخلصه علاج حالات المراح الاكتئابي والقلق الناتج عن الخوف من الرض الاجتماعي ومشاعر الحزي من شكله أثناء حدوث الترممة . ( Kaplan & Sadock, 1998: p. 1220 )

## ٢ اضطراب التزمّة الحركي أو الصوتي المزمن

Chronic Motor or Vocal Tic Disorder

وهو من الاضطرابات المزمنة التي تستوفي المظاهر التشخيصية لاضطراب توريت ، ولكنها ليست بنفس الشدة فيما يتعلق باختلال الوظائف فإلها نكس أقل . وتستمر لعنرة أطول من السنة ، ونحدث قبل من الثامنة عشرة ، وغالباً ما نصيب الأطفال في الأعمار ما بين ٦-٨ سنوات ، وقد تبدأ الأعراض ما بين الرابعة والمئسة ثم تتوقف في بداية المراهقة .

الصالح العلاجي :

يلجأ العلاج النفسي في تخفيف مدّة المصاب بهذا الاضطراب ، حيث بدأثر أدائه الدراسي والهنوي والعلاقات الاجتماعية . ولذا يمكن للعلاج النفسي أن يخفف الأعراض الجانبية الناتجة وخاصة المشكلات الانفعالية ، مع التدخل الدوائي بعذر .

## ٣ - اضطراب التزمّة العابر Transient Tic Disorder :

ونحدث في هذه الحالة لزمة واحدة أو أكثر حركية أو صوتية ، ولكنها لا تستمر طويلاً ، لا تثبت أن فزول ، ولكن يمكنها معاودة الحدوث .



الفصل الخامس

اضطرابات الإخراج  
اضطرابات القلب



## الفصل الخامس

### اضطرابات الإخراج Elimination Disorders

تشمل اضطرابات الإخراج نوعين هما القبول اللاإرادي والتبرز اللاإرادي  
أولاً - القبول اللاإرادي الذي لا يعود لأسباب طبية عضوية

Enuresis (Not Due to a general medical condition)

المظاهر التشخيصية :

بعد المظهر الرئيسي للقبول اللاإرادي هو لتسياب وعدم القدرة على التحكم في  
التبول أثناء النهار أو الليل في الفراش أو السلايس مما لا يتفق ومحتوى نصح الطفل  
وعمره العقلي ، ولا يكون بسبب العثل في التحكم في العضلات للقابضة بالمثانة  
نتيجة لحمل عصوي أو اضطراب عصبي أو التهابات في مجرى التبول .

وينبغي أن يتكرر للقبول اللاإرادي لمرتين في الأسبوع ، وعلى الأقل ثلاث  
مرات في الشهر ويسبب حث في للعلاقات الاجتماعية والحياة المدرسية والعمل وما  
إلى ذلك .

وفي العادة لا يتم تشخيص للبول اللاإرادي إلا بعد سن الخامسة من عمر  
الطفل .

مدى انتشار الاضطراب :

نقل معدلات حالات القبول اللاإرادي بتقدم للعمر حيث ينتشر بنسبة ٨٢٪  
في سن عامين ، ونسبة ٤٩٪ لثلاث سنوات ، ٢٦٪ لأربع سنوات ، ٧٪ لخمس  
سنوات . وتختلف الشكوى من القبول اللاإرادي وفقاً لاختلاف لمستويات  
الاجتماعية والثقافية والإقتصادية وطبقاً لأساليب التدريب على الإخراج ومدى  
رفض أو قبول الاضطراب .

أسباب الاضطراب :

تتعدد أسباب الاضطراب والتي تعود لأسباب فسيولوجية ، مثل صغر حجم

المعانة ومسور للتحكم العصبى والذى قد يعود لأسباب وراثية حيث وجد أن نسبة كبيرة ممن يشخصون بهذا الاضطراب كانوا لأباء لا يستطيعون التحكم فى القبول.

أما الأسباب الثقافية الاجتماعية فتعود إلى أشكال الرعاية الاجتماعية المقدمة وأساليب التدريب على الإخراج التى يمكنها أن تسبب تأخر ضبط التبول .

وقد تعود لأسباب خلق فى تطويع إيقاعات النوم واليقظة عند الطفل حيث يحدث التبول الليلى اللاإرادى نتيجة لعدم كفاية التدفئة ، أو لتناول الطفل كمية كبيرة من السوائل تضغط على المثانة ، وعدم وجود رعاية له حين يستيقظ طالباً التبول فيحتاج أن يتبول لا إرادياً .

أما الأسباب النفسية فتكون للغيرة بسبب ميلاد طفل جديد ، حيث تشكل للغيرة دمع الطفل التكبير لتعقيد الطفل للوليد فى أفعاله ليجد الإهتمام والرعاية من الأم مثلاً تقفل للطفل السفير ، كما تحدث نتيجة لإعكاس للصراعات الولديه ، كانشغاق الأُسرى والطلاق ووجود الطفل فى بيئة انفعالية محيطية ، أو تسبب فى أسلوب تربيته أو للعوسة فى الأوامر الولديه ، مما يجعلها أحد ميكانيزمات الرفض اللاشعورى لما يرغب لانه ومحاوله إزعاجهم كرد فعل لا شعورى على شعوره بالرهمس والإزعاج ، ومع الأحد فى الإعتبار أن هذا السلوك قد يكون مرتبطاً بانتقال الأسرة من مقر إلى مقر نحر أو بداية تحول الطفل إلى المدرسة .

#### المشكلات النفسية المرتبطة بالتبول اللاإرادى :

يسبب التبول اللاإرادى للعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية ، أولها الشعور بالعزى نتيجة الفعل الذى يحطه يخلقى من الأنظار ويخفى فطرته فى لوفت الذى نمجز فيه حياته عن تجنب للرم والمقاب من جانب الأبرين والأقرن ، وهذا يمكن على تقديره لذلك حيث يشعر بالدونية وينخفض مستوى طموحه ، ويأثر مستواه الدراسى وعلاقته الاجتماعية وقد يصاب بالقلق الاكتئابى ، مما يدفعه إلى السلوك التجنبى أو الإنسحابى من الأنشطة الاجتماعية ، وقد يقاوم الذهاب إلى المدرسة إذا كانت تحدث له أثناء النهار ، فضلاً عن شعوره بالعزلة إذا ما قامت الأسرة بعزله عن فراشه وترتيب أماكن أكل من مستوى لقائه بسبب بله للفرش .

#### علاج حالات التبول اللاإرادى :

للقاوية من يعاقب مشكلة التبول اللاإرادى ينبغي تجنب العقاب والتهديد والعزل والتعامل على أساس فهم صراعات الطفل ، ومساعدته على التعبير

عن افعاله وحاجاته الخاصة، والوعي بطبيعة السلوك الطفلي في حال ميلاد طفل جديد وسلوكه الأقران الذي يخالطهم الطفل وأوساطهم الثقافية الاجتماعية والاقتصادية.

يعد العلاج السلوكي والتحليل النفسي للأطفال والتدخل الدوائي من العلاجات الفعالة للتغلب على التبول اللاإرادي.

### العلاج السلوكي :

وتستخدم فيه تقنيات للتشريط الكلامي لتكوين فعل منعكس شرطى من خلال مزيج من هذا الغرض ، حيث يتم توصيل جرس زلزال بالفرش عند المنطقة البولية، فإن ساء الطفل في التبول تتصل الدائرة الكهربائية آلياً فيصوب المرس بهتبه الطفل ، ويستيقظ ، ومع الوقت يتعلم الطفل الاستيقاظ عند الشعور بامتلاء المثانة .

وتوجد برنامج سلوكية مبتكرة للحكم في التبول اللاإرادي نهاراً وأيضاً . وسوف نذكر هنا نموذجاً تدريجياً لورده عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخول ، ورموى برهم في مؤتمهم الرابع ، العلاج لسلوكي الطفل والمراهق .

على مستوى التدريب أعالات التبول النهاري : نغد البرنامج التالي :

١- تصميم جدول للمكافآت يشبه الجدول التالي :

جدول المكافآت الرمزية

الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

٢ - يعلق الجدول في مكان بارز .

٣ - يتم شراء بعض الهدايا البسيطة بحيث تكمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتبية ، وبعض النجوم اللاصقة والأشياء المحببة إلى الطفل .

٤ - يتم شرح البرنامج للطفل بمبارات بسيطة مثل : أريد أن أساعدك على أن تتوقف عن التبول في ملابسك ، وأن تبقى جافاً طوال اليوم ، وفي كل مرة نذهب إلى الحمام ، سأضع لك نجمة مثل هذه على الجدول ،

وسنحصل أيضاً على هدية نحب أن نمتص بها أو نأكلها ، وسنبداً من الآن .

٥ - إذا ذهب الطفل فعلاً إلى الحمام للتبول ، يقوم المدرب بمدح هذا السلوك لفظياً بعبارات مسنحة لدى الطفل ثم تلصق له نجمة ، ونسأله عن الهدية التي يريد للحصول عليها من قائمة الهدايا المتاحة .

٦ - يتم الإعلان من جانب المدرب في آخر اليوم مع بقية أفراد الأسرة بأن الطفل قد نجح في الذهاب للممام أكثر من مرة . ويعد امتداح سلوكه ونعائمه .

٧ - في الأيام التي نمر دون أن يبال ملابسه يضع جملتين إيجابيتين .

أما إذا رفض أن يذهب إلى الحمام ، فلا نزعجه ولا نسحر منه ، ولا نجد مشاعر الغضب ، وإنما يتم تشجيعه لعتياً على الذهاب إلى الحمام مع الاستمرار في عملية التدعيم السابقة ، وإذا استمر على الرفض يمكن أن نصعب بعض لحن البذني بالتدريبات للتحفيز والالتيق ، ونصطحب الطفل للحمام .

وفي الأيام التي نمر دون أن يبال ملابسه نستمر في مصاعقة التدعيم بإصاغة جملة مع امتداح للسلوك في نهاية اليوم علماً أمام بقية أفراد الأسرة ، وجعله يختار للهدية المتاحة أو يطلب هدية يمكن شراؤها .

٨ - بعد ذلك يتوقف تقديم الهدايا تدريجياً مع زيادة عدد النجوم لكل هدية ، مع الاستمرار في امتداح وتشجيع السلوك وفي إضافة النجوم إلى أن تتحول النجوم إلى مصدر للتدعيم الرئيسي .

وإذا حدثت انتكاسة وعاد للطفل بلل ملابسه ينبغي أن يؤخذ الأمر ببساطة بدون غضب أو تأنيب ونكتفي بالتعليق للنسيب من قبل « لقد نسيت اليوم وبالك نفسك ، هيا معي إلى الحمام حتى أعرفك كيف نغمر بنظافة ملابسك » ونطلب منه أن يخلع ملابسه المبللة ويضعها في المكان المحدد للنسيل .

أما على مستوى التدريب لمالات التبول التلقائي اللاإرادي :

فيعرض المعلمون لبرنامج التالي : « يبدأ البرنامج بمسح الخطوات السابقة ، ويحتاج لمسح المواد ، وتشرح الأم أو الأب لطفل البرنامج بصورة بسيطة مثل : « أصبح إنك الآن كبرت وابدأت تكلم وتتصنع . واعتقد أنك تريد أن نساعدك لتتوقف عن



عملية التدبول أثناء الليل . فأنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الراححة ، وتغيير الملابس وغسلها كل يوم ، ومستخدم لذلك برنامج مكافآت ، ولهذا يريدك أن تختار الأشياء التي تعجبك أو تعجب أن تكون لديك من هذه القائمة (الهدايا والهدايا المهداة) .

والآن إذا مرت ليلة بدون أن تبال فرائك فستحصل على مكافأتك فوراً في الصباح ، وستحصل على نجمة ذهبية في الجدول للعقل هنا .

ويتم تقديم الدعم المطلوب في اليوم التالي مباشرة إذا وجه للطفل في الحفاظ على سريره جافاً .

ويمكن رفع عند التجزؤ المطلوب لكل هدية تدريجياً إلى أن تصل لوقت يمر فيه بصحة أيام قبل أن يتمكن من صرف للخدمات لشراء هدية أو التمتع من ممارسة نشاط أسبوعي أو شبه أسبوعي مع والده أو أحد من الكبار في عائلته ، كان يمارسه في السجو بشغف على أي حال .

ويتم استذاج للسلوك أمام أفراد الأسرة كل مرة وينجح فيها الطفل ، وإذا فشل في يوم من الأيام فلا تؤنبه أو تنتقده ، بل ندعه يضع الملابس والأغذية المبللة في المكان المحدد للمسح . ومن المؤكد أن الطفل سيخرج في بعض الأيام ، وسيفشل في البعض الآخر ، والمهم أن يستمر تطبيق البرنامج حتى ينجح الطفل في عدم التدبول اللاإرادي أثناء الليل لعدة أسابيع (عبد الستار إيرلدهيم ، وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ١٧٢ - ١٧٥) .

### العلاج بالتحليل النفسي :

يمكن استخدام التحليل النفسي في مثل هذه الحالات إذ يعد التدبول اللاإرادي من أعراض اضطرابات عصابية نتيجة خلل في البناء النفسي للطفل كانعكاس طبيعي لألموم التنشئة والرعاية الأسرية العاطلة ، فالصراعات الباطنية أو اللاشعورية قد تدفع الطفل إلى الإتيان بهذا السلوك كتمبير عن الرفض أو التوحد بالطفل الصغير المحبوب من الأم أو تحقيق مكاسب أولية أسلمها الإشباع الجنسي الطفلي (الشبقية الأولية الخيالية) أو تحقيق مكاسب ثانوية كأن يمنع من الذهاب إلى المدرسة أو تكليفه بواجبات أخرى ، ولكنها في الوقت نفسه تشكل عائقاً نفسياً مكباً ، مع نزهد الحالة يتراد معها اضطراب العلاقات الاجتماعية ، ويصبح للطفل منطوياً محصوراً في همه الخاص حيث يغلب مشاعر الخزي المرتبطة بالسلوك ، وإذا كان الأبوين على نحو من القسرة ، فإن بناءه للخفي يكون قاسياً ، مما قد يحرك لديه مشاعر ذنب ، ومع التكامل

التطويعي للبناء للمرضى المثل من خلال التحليل النفسي يمكن للطفل أن يستعيد توارنه النفسي ويستعيد توازنه العنوي .

### العلاج الدوائي :

يتدخل الأطباء النفسيون ببعض العلاجات المصادة للاكتئاب والتي تعمل على تنظيم الجهاز العصبي المستقل لتحقيق الصيغ الأتي للمثانة والتحكم في الإخراج البرلي . ( Kalpan & Saduck, 1998 )

### ثانيها : التميز اللازم لدى Encopresis

وهو خروج البراز لا إرادياً بصورة متكررة ووضعه في أماكن غير مخصصة لذلك مثل الملابس أو الأرض . وتستمر الظاهرة مرة على الأقل في الشهر ، وتستمر على الأقل لثلاثة أشهر على أن يكون عمر الطفل أربع سنوات ، ولا تكون هذه الحالة كنتيجة لإصابات عصبوية شرجية أو لأسباب طبية أخرى .

وتعود هذه الحالة للعديد من الأسباب النفسية والسلوكية ، فبعد تعود إلى فصول التدريب الكافي على تنظيم الإخراج أو عدم الإستجابة المدسعة للتدريب مع وجود تاريخ من التفل في صيغ الإخراج.

وقد تعود إلى وجود حالة من الإمساك تتزايد فيها كمية البراز المدفوع عن قدرة العضلة القابضة للتحمل مما يدفع الطفل لإخراج برازه في أي مكان ، وقد تعود لأسباب أخرى مثل خوف الطفل من الذهاب إلى الحمام ، وقد تعود إلى فشل الطفل في تطويع نفسه ، مما يجعله يقطع نفسه بالبراز ، ولا يكون مستجيباً أن يذهب إلى الحمام كمكان طبيعي للإخراج .

وفي الغالب ما تكون الأسباب الانفعالية والقلق والخوف وسلوك العناد وراء حدوث هذه الحالات.

وتعد أولى التحليل النفسي التقني لاهتماماً خاصاً بما يسمى بالمرحلة الشرجية التي تكتم بالقبض أو الإمساك والإلقاء ، حيث ينظم اليبهر أو الطاقة النفسية ، لبااعة على اللذة في منطقة الشرج ، تلك التي تكتم بالعناد والقلق الإضطهادي والخوف الغامض من الإعداء عليه من الذلف كأسلح لاضطراب البارانويا .

ريشيع هذا الاضطراب بكثرة لدى التكور بنسبة ( ١,٥ Z ) عنه لدى الإناث بنسبة ( ١,٥ Z ) في الأعمار من ٧ - ٨ سنوات ونسبة ١,٣ Z لدى الذكور ، ٠,٣ Z لدى الإناث في الأعمار ١٠ - ١٢ سنة ، كما توجد علاقة ارتباطية دالة بين البيول

اللاإرادي والديور فلا إرادي.

العلاج :

يمكن استخدام فنيات العلاج السلوكي المتبعة مع حالات التبول اللاإرادي ، ولكن بصورة مكثفة خاصة إذا كان للطفل يعاني من الحالتين . مع الأخذ في الاعتبار علاج التبعات المرتبطة بهذا الاضطراب مثل مشاعر الخزي والغضب والقلق وسلوكه للتجنب والذونية ، ويمكن للتدخل العلاجي بتغيير أسلوب الأسرة في السيطرة على أحداث حياتهم اليومية ، وإدارة حلقات الأطفال بشكل منظم ، حيث يشعر الطفل بالسيطرة ، وتنظيم الإخراج ، إذا تمكن من السيطرة على أحداث التبول .

ومع تطور الأساليب العلاجية لمكن استخدام أسلوب التخذية المرتدة أو ديهويدبك من خلال تعلم السيطرة على حركة الأمعاء والمثانة الشرجية القاسية ، حيث يمكن لهذا الأسلوب التدريبي مع التدريب على الإسترخاء أن يحقق نتائج طيبة في سيطرة القدرات المعرفية على الاضطرابات الفسيولوجية . وفي أحدث كثيره تكوي هذه الحالة مجرد عرض لا اضطراب نفسي أو لصواع نفسي قد يزول بزوال أسبابه النفسية ، وهي تلك يمكن تدخل العلاج بالتحليل النفسي للأطفال للمساعدة على التعبير النقلي عن الانفعالات والمشاعر بدلاً من التعبير الرافض عن طريق لخلل في ضبط الإخراج .

#### اضطرابات القلق Anxiety Disorders

القلق في فلقه من لوازم الوجود النفسي ، وينرايد القلق والذنون مع نقص القدرة المعرفية للتفسير المثبرات والأحداث للظاهرة ، أو قصور القدرة المعرفية في السيطرة على الأجهزة العصبية العضوية ، وتشكل حالة الطفل النفسية خليط من حالات القلق ، فمعد الميلاد تشكل الصدمة ، صدمة الإنتقال من العالم البيولوجي للتناغم مع جسد الأم أياً إلى حالة الانفصال الأول من هذه الحالة التي تمثل قمة السعادة ، حيث يخيب فيها للقلق شلماً ، وتحدد مستويات القلق وفقاً لتحدد المثبرات التي تؤدي إلى هذا القلق ، فمع ميلاد الطفل هناك توفراً عصبياً نتيجة للجوع والاحتاجات البيولوجية للتغذية والإخراج والتدفئة ، وما إلى ذلك ، ويدلوح إشباع الطفل بين حصول رغبات الأم ، بين استمرار قلق القلق ونقصانه ، وكلها حالات تسبب القلق الأولى ، ثم ما تلبث أن تلمو احساسات الطفل التي تسبق قدراته العقلية ، فنمو وجدانه قبل معارفه ، وتتدخل المثبرات الحسية إلى كبلته العقلي ، ولكنه ما يزال عاجزاً عن التعبير النوي ، فيلجأ إلى البكاء والصراخ والتململ ، أو زيادة الحركة ، ثم تأتي اللغة

كمصدر للأمان والحبوب معاً ، ومعها تزداد إمكانية حدوث حالات القلق كلما سعى نموه إلى التنافس عن لذة بيولوجية نرجسية إلى لذة معنوية إجتماعية .

ولهذا فإن حساسية للعلاقات الأسرية بالطفل من شأنها أن تسبب حالات من القلق تخرج عن المألوف لتصل إلى مستويات القلق العصبي الذي يشكل خطراً في ديناميات النفسية لعلاقة الطفل بذاته وعلاقته بالآخرين ، ومن أشكال اضطرابات القلق حالات قلق الانفصال ، وقلق الاجتماعي ، والخوف المرضية ، وكلها تدخل في إطار الاضطرابات الانفعالية ، فمستلأ عن إمكانية ظهور الاضطرابات النفسيةوسوماتية ، والأعراض الهستيرية كملازمات لعالة للقلق .

### أولاً : قلق الانفصال : Separation Disorder

تشير حالات قلق الانفصال إلى تزايد معدلات القلق إلى الحد المرضي . إذا حدث أن ابتعد للطفل عن منزله أو انفصل عن الأشخاص الذين يتعلق بهم ، حيث يبدو عليه مظاهر الإنسحاب الاجتماعي والتباعد والحد من صعوبة في التركيز سواء في الواجبات المدرسية أو اللعب . و طبقاً لمستوى عمر الطفل يمكن للطفل أن يعاني من الخوف من الحيوانات ، والأشياء ، والتسليم ، والتسلخ ، والتفاسيح ، والتسفر بالملثثة ، والتسوس ، والاحتطاف وكل المواقف التي تستدعي الشعور بالخطر ، كما يشبع في هذه الحالة التفكير في أو الخوف من الموت ، وقد يرفض الذهاب إلى المدرسة بسبب شعوره بالقلق ، مما يؤدي إلى صعوبة تعليمه ، وتدهور مستواه الدراسي نتيجة قصور القدرة على التركيز ، وقد تزداد حالات الغضب لدى الأطفال نتيجة شعورهم بالخوف ، وإذا كان الطفل وحيداً يصاب بنشوش في الإنزال ، فقد يرى أن شخص يسلم إلى حجرته ، ويتصل إليه الرعب من أن عيون تحرق أو تعلق نافذة إليه ، وفي هذه الحالة يكون الطفل كثير المطالب والإلحاح ، مما يؤدي إلى إزعاج الأهل وتزايد مستويات الإحباط . وقد يشكو الطفل من مشاكل بدنية مع مزاج مكتئب ، ويمكن أن تتطور الحالة لتصل إلى اضطراب الذعر والخوف من الأماكن المفتوحة .

### معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - قلق زائد عن الحد غير مناسب لمستوى النمو ، يُلتي نتيجة الانفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم الطفل يظهر في ثلاث أو أكثر مما يلي :

١ - للشعور بالقلق بالمدحنة عندما يتفصل عن المنزل أو شخص يتعلق به .

٢ - الإنزعاج المستمر من الضياع أو الترهان ، ولقدوها من أن يصيب أمه أو المتعلقين به أذى أو مصيبة .

٣ - الإنزعاج الشديد والمستمر من وقوع مصائب تسبب له غياب أو انفصال عن يرتبط ويتعلق بهم (فقدانه أو اختطافه) .

٤ - مقاومة أو رفض الذهاب إلى المدرسة أو أى مكان خشية لضياع أو الانفصال .

٥ - الخوف الدائم والمستمر من أن يكون وحيداً بدون الشخص الذى يحبه أو يتعلق به .

٦ - مقاومة أو رفض الذهاب إلى النوم بدون أن يكون بجواره الشخص الذى يتعلق به ومقاومة النوم خارج المنزل .

٧ - معاناة من كوابيس للليل المتتلفة بأخباريل الانفصال .

٨ - التكرار المتكرر من أعراض بدنية مثل الصنعاع ، والمغص المعدى ، ولقدوحة ، والقيء عندما يتعد عن الأشخاص الذين يتعلق بهم .

ب - يسعى لى تستمر حالته لمدة أربع أسابيع على الأقل حتى يتكامل التعديس .

ج - أن تحدث هذه المظاهر قبل سن الثامنة عشرة .

د - بسبب الاضطراب تطلت وأصبح فى العلاقات الاجتماعية والأناء الدراسى أو الميادين ذات الصلة والكعب .

هـ - لا تكون هذه الأعراض حادثة كنتيجة لاضطراب نمائى منتشر ، أو الفصام أو أى اضطراب ذهائى آخر ، لوفى طور البلوغ حيث يكون الاضطراب نتيجة لترويات الضر مع الخوف من الأمكن الواسعة . وقد يحدث الاضطراب قبل سن السابعة فى طور مبكر .

#### مدى انتشار قلق الانفصال :

يشيع انتشار قلق الانفصال لدى الأطفال الصغار عنه لدى التلاميذ ، وخاصة فى السن ما قبل المدرسة ، ولكنه يشيع بصفة أكثر فى الأعمار بين السابعة إلى الثامنة ، ويقدر بنسبة ٣ إلى ٤ ٪ بين تلاميذ المدارس .

## الأسباب :

## ١ - العوامل البيوسيكوسوشيال (العصبية - النفسية الاجتماعية)

## Biopsychosocial

نتيجة لعدم تصنيع الأطفال فإنهم يحتملون بصفة أساسية وغالبية على الأم ، فالطفل الذي نهدو لديه مظاهر التعلق شديدة بالأم ، ونقوم الأم بتدعيم هذه الحالة ، فاحتمال إصابته بتعلق الانفصال أكبر ، فالحماية للزائدة وزيادة تعلق الأم بالطفل وعدم تركه للتفاعل مع أشخاص آخرين أو أقران ، قد تؤدي إلى تطور أعراض التعلق لديه ، ويحدث له قلق الانفصال نتيجة للتعلق الزائد الذي تنسبه الأم حيال تركه مطلقاً بعيداً .

كما يؤدي الوسط الثقافي الاجتماعي إلى حدوث هذه الحالات إذا كانت الأسرة تعيش في عزلة ، كما ملأ أحداث الحرب والصنوع قننى وطيشها سكان المدن الكبرى على عزل الطفل وعدم مشاركته في الأنشطة الاجتماعية خارج إطار الأسرة ، مما يسبب له قلق الانفصال ، كما قد تسبب الأقدار حدوث هذه الحالة بموت الشخص الذي يتعلق به الطفل ، أو نتيجة للتخويف في السكن والوسط مثل حالات الهجرة التي يصطر فيها الأهل العيش في عزلة ، وتزداد هذه الحالة إذا ما كان لدى الطفل مشاكل سيولوجية مثل تلك العصبية ، مما يجعله أكثر عرضة لتعلق الانفصال .

## ٢ عوامل التعلق لتعلم Learned Anxiety

يمكن أن يكتسب الطفل قلق الخوف نتيجة لوجود أبوين يعانون من الخوف ، فيكون النمودج الذي يتلقاه الطفل ويتعلمه هو الخوف ، ويقبل بعض الآباء على تعليم أبنائهم القلق والعرض للزائد لعمالية أنفسهم من المخاطر ، وعلى نحو آخر فإن زيادة الغضب من الطفل الذي يخاف من الحيوانات مثلاً وتحفيره بشدة على عدم الخوف فإنه يدفع الطفل إلى الخوف بصورة أكبر .

## ٣ - عوامل سيكودينامية :

لا يشكل القلق في حد ذاته بنية إكلينيكية وفقاً للتوجهات التحليلية المعرفية ، وإساً يشكل القلق حالة ملازمة لكل الأبنية الإكلينيكية الأخرى وفقاً لمستوى الصراع النفسي المعاش ، ونعود اضطرابات التعلق إلى سيطرة النظام الفيوالي الذي يتقن فيه عناصر مترسبة من الواقع النفسي للطفل الأولى الذي تسيطر عليه مخايل التمرق والانشطرت لبدني ، ومع دخول الطفل إلى العالم الخيالي ، حيث يعمل العقل من خلال المثيرات الصورية المدركة من خلال للتأثر أو التصور العقلي للمثيرات الأخرى .

كلاهما وما إلى ذلك من احساسات سمعية وعضوية ، فإن صور الخوف في الخارج تنتقل إلى الداخل ، حيث يكون العالم الخيالي للطفل مليء بكل أشكال الرعب والتفسيح والخوف نظراً لعدم قدرته على السيطرة على المثيرات الخارجية ، وفشله الرمزي أو العقلي في تفسير مثيرات الخوف ، فالعين التشرييرة الناطقة إليه ، غير عين الأم للحونة من شأنها أن تستدعي حالات القلق والخوف ، ومع قصور التطور الطبيعي للطفل للانتقال من عالم الصورة والأشباح والأوهام إلى عالم اللغة والتفسير المنطقي ونظام الحياة حول الكلام ، يكون القلق والخوف هما المسيطران على المسرح السلوكي للطفل ، حيث تعجز للصورة الأبوية المستندة عن تعفيق الأمان الرمزي ، ويتكسب الطفل هويته ، فيظل نائهاً في دروب هياله الترجسي الذي لا يعرف سوى العقلة أو الفوبية للصورة المرأوية ووجه الأم ، ويصبح تعلقه بهذه الصور هو السبيل لطمأنته ، حتى إذا بنس من هذه الصور لا يرى في التماذج الرمزية الأخرى سوى صور معادية سمعية ، ومجرد الاعتماد أو التخلي عن موضوعاته الطفولية يطارد القلق والتهديد ، وتبدو هذه الصورة أكثر عنفاً في المراحل المتقدمة من الطفولة ، وفي بداية الرشد ، حيث تطارد الفرد موبات من الذعر مجهولة المصدر لكونه قد تاه في دروب الحيال وفشل في تحسس دربه وسط الوجود الاجتماعي مع الآخرين . ويصبح الخوف أبعد من موضوعاته حيث يأخذ الخوف أبعاداً رمزية أخرى لا وجود لها في العالم الواقعي ، وقد تصب الحالات إلى قهلاوس وقهلاوس .

#### ثانياً - قلق الخوف (الرهاب أو الفوبيا) Phobic Anxiety

ويبدو أن تفرق بين الخوف الطبيعي كميكانيزم نفسي بيولوجي لتجنب الأذى مثل الخوف من الحيوانات المفترسة ، والحشرات السامة ، والأماكن المهجورة ، والدار ، والمتعجرات ، وكل الموضوعات التي يتعلم الإنسان أن يخشاها ويتجنبها سوء بصورة آتية أو بصورة مكتملة .

بينما يكون الخوف المرضي خوفاً من موضوعات لا تثير الخوف أصلاً لدى معظم الناس ، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة ، والأماكن المغلقة والمعلقة ، والشباب والمطر ، والرياح ، وما إلى ذلك من موضوعات لا تثير الخوف ، حيث يكون الخوف هنا خوفاً رمزياً ، حيث أشار فرويد في عام ١٩٠٩ في تحليله لحالة هانز الصغير الذي كان يخاف من الحصان كرمز للخوف من الأب فضلاً عن خوفه من أن يظهر الحصان في صورة تناقص بين مشاعر الحب والكراهية ، بدلاً من أن يضاف من الأب ، أصبح يخاف من الحصان عن طريق إزالة الخوف من موضوع إنساني إلى موضوع رمزي بديل حتى ينجح من إزالة الخوف من السيب إلى موضوع

خارجي ، مما يجعله يتجنب هذا الموضوع ، فالصور الأوبية القاسية أو الأب الذي يراصل حرمانه للطفل ومنعه عن التعبير عن رغباته بصورة تلقائية دون أن يعطيه كيف ينظم رغباته ويصقله بالمعالم السوي ، إنما يترك الطفل حريسة لأنيات العدوان الضيالي تجاه الأب في وقت لا يستطيع الطفل فيه أن يعبر لفظياً أو بندياً عن هذا العدوان ، وإنما يتمثله خيالياً ، فيعيشه على مستوى الصورة ، ويسقطه على الواقع ، ويستخدم ميكانيزم الإزاحة أو للتعبيرات اللفظية عن الصورة المحيطة للأب بصورة مطبقة لموضوعات رمزية .

ولهذا تكون القويها مجرد معالجات دفاعية للتغلب على موقف دى حجات أو رغبات متعارضة . ( وأنت عسكر ، ١٩٩٠ )

وتنظم معظم المخاوف المرضية حول الخوف من الأماكن المظلمة ، واستيعاب الوجود والإدراك الكوني للظلم المحيط بتطور معرفياً بتطور القدرات المعرفية الإدراكية وأنظمة التعلم واكتساب المجلات المعرفية للمنظمة حول للظلام والصحراء والأرض والسماء والأفلاك ، وما إلى ذلك ، كل هذه المعرفات كان لها تفسيراً طلياً بدأباً وديماً ، فالطفل يصنع تصورات خيالية من أولاهم وصوره العقلية الخاصة لهذه الموضوعات ، وتصبح رموزها مرتبطة ببنية خيالية مريحة ومطمئنة أو شديدة وباعثة على القلق والحدوث ، ومن هنا يسعى للتكبير على أن مخاوف الطفل من موضوعات أصدية أو موضوعات رمزية تشكل مرحلة تمليقة لتدغالية تطورية ، وإذا ما اضطرب الوسط المعرفي الذي يعم فيه الطفل فإن الموضوعات الخيالية هي التي يمكنها أن تسيطر على الأنظمة النفسية ، وتظل باعثة للحدوث ، وتظل موضوعات للقلق والتوتر عبر المبرر .

### ثالثاً : قلق التجنب الاجتماعي :

يرتبط قلق التجنب الاجتماعي بقلق الاتصال والمخاوف المرضية ، فالتجنب هو الميكانيزم الرئيسي الذي يشكل العلامة التشخيصية على وجود حالة من القلق أو الخوف ، وفيها يتجنب الطفل الإرتباط بالأقران أو الذهاب إلى المدرسة أو النادي ، أو أية أماكن تسبب له للقلق خارج البيت ، وهو ما يمكن أن نسميه تصميم التجنب ، فألقى الرعب والعالم الخيالي السلالي للوروث والتماش على مستوى الظهرة العطفية ، يجعل الطفل نائها مرعوباً حين يخرج من إطاره إلى عالم لا يستطيع استيعابه ، وألقى رعبته الناحية ، فيدفع بالتجنب عن الوجود في مثل هذه الأماكن لكونه يتوقع أن يهاجمه توبة من الذعر لا يستطيع التحكم فيها ، أو لا يجد من يساعده ، ويدافع



بالإعلاق الكامل للمعارف الحسية والإدراكية ، حيث يصاب فيها الطفل بلوية من الإغماء تسبقها تغيرات هولوجية شديدة في رفع درجة الاستعداد للجهاز السمبثاري مثل تضيق الشعرق ، وصيق حنقة العين ، وارتفاع معدلات النبض أو سرعة دقات القلب ، وزيادة التنفس ، والرغبة في التبول ، وما إلى ذلك من أعراض انفعالية ناتجة عن حالة التلق ، وهذه الحالة تشكل سبباً أساسياً للألم النفسي الشديد الذي لا يستطيع أن يعبر فيها الطفل تواريه فتجعله رهن لمدرجات التلق والغروب الاجتماعي سوء على مستوى الأشخاص أو الأماكن .

### علاج التلق :

نظراً لتكرار حالات التلق تعد من المشكلات الانفعالية نتيجة لتعلم خاطيء أو لتصور في التنظيم المعرفي للسيطرة على موضوعات الحوف والتلق يكون وراءها عوامل وراثية وبيئية ، فإنه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار حالة الطفل والأبوين وطوسط المعيشة وموضوع العلق نفسه سواء كان مدرسة أو نادي أو في مكان آخر ، وبإحدى العلاجات السلوكية مثل التحصين التدريجي ، والكف بالتعبير ، والتشريع الإجرائي إلى مدخل طبية مع الطلق مع أهمية الإرشاد الأسري وتدخل الأبوين في التدريب على التمرج للمقنعة مع تعديل الوسط للحيث ، ونهضة الأجواء لتطوير قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته من خلال تمارين الاسترخاء وتنظيم الوقت ، وتنمية المهارات الاجتماعية بحيث يصبح لدى الطفل قدرة معرفية نامية بسيطر من خلالها على المواقف الدائرة لتلق بدلاً من تجديها ومعايشتها على المستوى الخفالي

ويظهر التحليل النفسي للتلق كجزء من اضطراب نفسي أعظم تكون مظاهر الاضطراب البانية هي تلك الأعراض ، ولذا نظرنا إلى برامج التحليل النفسي في التعامل مع الأطفال لا تختلف كثيراً عن للتغيرات المعرفية ، حيث يركز التحليل النفسي على تليط المشاعر لإعادة بناء للخبرة على أساس رمزي أو معرفي يمكن من خلالها للطفل أن يسيطر على حفراته الداخلية المستهدجة التي ترتبط بعالمه الخفالي المخيف الذي يمسكه على الواقع ، وعندما تتكشف حقيقة الاضطراب يصبح موضوع الخوف موضوعاً للأمان وبغير مخيف .

وفي إطار للتدخلات للتوليفية يميل الأطباء النفسيون إلى استخدام جرعات خفيفة من مضادات التلق ، ومضادات الاكتئاب للسيطرة على حالة التوتر والأعراض الشديدة للتلق ، إلا أن العلاج النفسي الفردي والجمعي يكون أكثر فعالية وأمد ، حيث تسبب هذه الأدوية الاعتماد للنفس الذي قد يسبب مشكلة أعقد ، ولا تنحل على المشكلة الأساسية للتلق .



## الفصل السادس

الاضطرابات المزاجية

اضطرابات الأداء الإجتماعي

اضطراب الحركة النمطية

الفصل عند الأطفال

اضطرابات النوم

الإمساك



## الفصل السادس

### الاضطرابات المزاجية عند الأطفال

#### Mood Disorders

تتعدد أشكال اضطرابات المزاج عند الطفل ، مثل نوبات كبرى من الاكتئاب ، والاضطراب لدورى المتأرجح بين الاكتئاب والفرح ، والاضطراب الثنائى اكتئاب - هوس ، والفريفة أو عصر المزاج .

والاكتئاب فى معظم أحواله هو خفض فى الطاقة ونقص فى الهممة والمحفويات ، وتنعكس الأعراض العامة للاكتئاب فى اضطراب النوم بين تزايد فترات النوم أو الأرق ، واضطراب للشهية بين تزايد الإقبال على الطعام أو رفضه ، واضطرابات للحركة والتأخر النفسى الحركى ، وهبوط الهممة ، مع نوبات من الحزن والبكاء والغم وعدم الإستغرار ، ونقصان القدرة على التركيز ، وتشويه وتشويش الإدراك ، والإسحاب من الحياة ورغبة الكوليبس ، والتفكير فى الموت أو الإنتحار .

(عبد الله عسكر ، ١٩٩٨) .

ومن الصعب تشخيص هذه الأعراض فى الطفولة المبكرة ، إما يتزايد الاكتئاب بتزايد العمر ، فقد نلص بعض أعراض اضطرابات المزاج فى الس المدرسى ويزايد فى المراهقة حيث تكصح معالم تشخيصه .

#### أسباب اضطرابات المزاج :

العوامل الوراثية : تشير البحوث إلى وجود نسبة كبيرة بين الأطفال المصابين باضطرابات المزاج الذين لهم تاريخ عائلى للإصابة بهذه الاضطرابات وخاصة اثويات الاكتئابية الشديدة .

العوامل البيولوجية : تشير البحوث إلى وجود اختلالات فى الموصلات العصبية لدى المصابين باضطرابات المزاج نتيجة لاضطرابات هرمونية ، وخاصة الهرمونات الحافزة على الحركة ولتنشيط وانسيب الإيقاع المزاجى .

**العوامل النفسية الاجتماعية :** تتعدد العوامل النفسية الاجتماعية المسببة للاضطرابات المزاجية عند الأطفال فتواتر الحرمان يحيل الطفل بعيداً عن المرح والمعادة ، مما يصعب مزاجه بصيغة اكتئابية ، وفقد الموضوعات المحبة للطفل أو أحد الوالدين من شأنه أن يسبب حالات غامضة من الحزن والحدون يمكنها أن تتطور للوصول إلى الاكتئاب ، كما أن الزواج الأسرى السائد يؤثر في طبيعة الأمزجة الطفلية ، فالزواج المكتئب المزين داخل الأسرة لفترات طويلة يمكنها أن تجعل من السواد حالة تصبغ مزاج الأطفال ، فضلاً عن تعلم الطفل الانسحاب والعجز ، وعدم منحه الفرصة للعب والتعبير الانفعالي والتواصل الاجتماعي بالأقران . كلها عوامل معجلة بالاكتئاب الذي يلزم الوجود البشري طبقاً لمسلقة للفقد والمزالقات التي يمر بها الكائن البشري منذ ميلاده وحتى يحتاج إلى مدعيات إيجابية ، ومساندة معرفية للنص على الإدراك السليم للعجز للطفل ولستأمر هذه العجز في تطوير للتبعية النفسية القدرة على التأمو صد للحرمان .

### المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات المزاج :

أولاً : بويات اكتئابية كبرى :

حزراً تكون الأطفال الصغار لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم . قبل أعراض الاكتئاب تنبئ في الشكوى البدنية ، والهداج النفسي الحركي ، وهلاوس مرسطة بالمزاج . وهادى الاستمتاع باللذة . وتزايد المظاهر الاكتئابية بالتقدم نحو البلوغ وجاصة التأخر النفسي الحركي (هبوط اللهمة) وللايس والتشاؤم والحزن والغرف من النفس (سلوك نهلم الذات أو كراهيتها) . حيث يمكن أن نلتقي بمعدير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية الكبرى لدى المراهقين والراشدين حيث تظهر أعراض المزاج المكتئب الحزين ، وفقدان الاستمتاع باللذة ونقصان الوزن ، والأرق أو اضطراب النوم ، ولشعور بالذنب ونقصان القدرة على التركيز ، وتكرار التفكير في الموت ، ولابد أن تسبب مثل هذه الأعراض استجابات في الوظائف الاجتماعية والدراسية ، وميادين الأنشطة التي تتطلب الدافعية والنشاط .

والهم أنه يجب مراعاة فروق التشخيص طبقاً للعمر ، وعلى الأخصائى الإكلينيكي أن يسأل الطفل مباشرة عن أحواله المزاجية ، عما إن كان حزينا أو مكتئبا أو قرفا ، أو أنه غير سعيد . فضلاً عن متابعة للمؤشرات الاكتئابية على الوظائف الأخرى مثل قصور التركيز الذهني ويطه للتفكير وللإمالة وللتولد وغياب الدافعية والتعب لأقل مجهود ، وللاغبة الزائدة في النوم ، وكل هذه المظاهر تشير إلى معاناة

الطفل من حالة اكتئابية ، مما يجعلنا ندقق في عمليات التشخيص لأن مثل هذه الأعراض يمكن تفسيرها على أنها أعراض اضطرابات أخرى وجلسة في المرافقة ، إذ كان المرافق ممن يتعاملون المصدرات أو المواد المؤثرة في الأعصاب والتي من شأنها أن تسبب الأعراض الاكتئابية الضخيمة بالنواتج الاكتئابية الكبرى . كما يؤخذ في الاعتبار أنه ينبغي أن نشخص هذه الأعراض بعد شهرين على الأقل من فقدان عزيز لجعل أن يكون الاكتئاب رد فعل على الفقد .

لها : القرفة أو عسر المزاج : Dysthymic Disorder :

وهي حالات من عدم الاستقرار المزمن للصورة المزاجية المزاجية لمكتئب معظم اليوم ولعدة أيام مستمر على الأقل لمدة سنة ، وتبدو مظهره في نقصان تقدير الذات والتشاؤم أو اليأس ، وفقدان الاهتمامات والانخراط الاجتماعي والتعب والإجهاد المزمن والشعور بالذنب والسأم والغضب الشديد ، وعدم الاستقرار ، ونقصان في الدافعية والإنجابية ، وقصور في التركيز والذاكرة . ويمكن أن تكون هذه الأعراض بغالباً لنواتج اكتئابية كبرى ، مما قد تكون هذه الأعراض لاحقة لهذه النوبات ، أو قد تكون مقبلة للإصابة بنوبات اكتئابية كبرى . إلا أنه ينبغي مراعاة ما إذا كانت هذه الأعراض ناتجة عن أزمة أو كروب حلقية اجتماعية حدثت لمدة ثلاثة أشهر ، فقد تسبب هذه الكروب أعراض القرفة أو عدم الاستقرار المزاجي ، ولكنها لا تستمر لمدة عام فقد تزول الأعراض بزوال هذه الكروب .

ثالثاً : الاضطراب ثنائي القطب الأول : Bipolar I Disorder :

وهذا النوع من الاضطرابات ثنائية القطب التي يتناوب فيها الهوس مع الاكتئاب ، والاضطراب الثنائي الأول يظهر ملامحه الأساسية في معاودة نوبة أو أكثر من الهوس مع نوبات اكتئابية كبرى ، ونوبات محبطة هوسية اكتئابية مرتبطة بحالات تعاطي المنشطات .

والهم أن هذا النوع من الاضطراب الثنائي يبدأ بحوث نوبة هوس يتبعها نوبة من الاكتئاب . أما النوع الثاني من الاضطراب الثنائي فتبدأ بالنوبات الاكتئابية ثم يتلوها نوبات من المرح الخفيف ( DSMIV, PP. 350-367 ) .

والهم أن الاضطراب الدوري من النوع الأول نادر الحدوث لدى الأطفال ، ويمكن تشخيصه على نحو ما لدى المراهقين ، ويمكن ملاحظة نوبات كلاسيكية من الهوس لدى الأطفال الذين يولدون لآباء لهم تاريخ من اضطراب الهوس الاكتئابي ، حيث تبدو عليهم مظاهر التغير الشديد في المزاج مع سلوكيات الحزن ، ويريد مستوى

الدهول أو الخذل ، مع قصور في الانتباه - وقد تتشابه هذه الأعراض مع حالات اضطراب قصور الانتباه ، وفقرط النشاط ، ولكنه في الحالة الثانية تريد الأعراض وتستمر لفترات أطول .

وعلى كل حال عندما تظهر أعراض الهوس في المرافقة ، فإنها غالباً ما تكون مصحوبة بمظاهر ذهالية ، مع الهلوس والهولوس وللشعور بالمظمة حول القوة والجدارة والسعة والأسرة والعلاقات الاجتماعية .

رابعاً : **الفقد والحزن** Bereavement & Grief :

للفقد حالة من الحزن ترتبط بموت الموضوع المحبوب أو فقدانه ، والتي يعاني فيها العاقل نوبات اكتئابية مثل الشعور بالحزن ، والأرق ، وفقد الشهية للطعام الذي قد يؤدي إلى الهزال ، وتجدو على الأطفال مشاعر الحزن والانسحاب من الأنشطة التي كانوا يديرو المشاركة فيها .

وتعكس حالة الفقد دينامياً على الطفل ، لكونه يرى أن فقد موضوعات الحب يشكل عقوبة نصية لأنه مخف ، ولهذا فإنه قد حرم من حبيبته نتيجة لأنه سيء ، وغير حبيب للحب ، وتبدو عليهم مشاعر اتهام الذات من خلال رفض الطعام ، ورفض الاستمتاع ، وأحياناً ضرب الرأس بالحائط ، وتختلف إشارات الطفل للموت وفقاً لمساواه العمرى ، فإنه يدرك أن غياب الموضوع قد طال وأن الجنائز التي تقام والسواد والحزن الذي يعم يشكل عقوبة غامضة لا يستطيع تفسيرها ، ولكنها تترك جرحاً نصياً عميقاً لدى الملق ، وخاصة في الفقدان المفاجيء ، أما الفقدان بالمر من العمر من فإنه غالباً ما يكون وسيلة لتدريب الطفل على تقبل الفقد أو الموت ، مما يجعل الأعراض أقل حدة وأقصر وقتاً .

**العلاج :**

في حالة شدة الأعراض الاكتئابية أو للنوبات الهوسية ينصح بأن يتم العلاج داخل المستشفيات وخاصة إذا كانت هناك أفكار حول الانتحار أو إيذاء الذات .

ويستخدم العلاج النفسي على مدى واسع مع اكتئاب الأطفال ، ويؤدى استخدام العلاج السلوكي المعرفي والعلاج التدعيمى والعلاج الأسرى تفلح تصل إلى ٧٠ ٪ من تشفاء .

وبطراً تكون الاكتئاب من الأمراض المعنوية بالتوحد فإلى الإرشاد الأسرى يكون



هاماً ، وتوجيه نظر الأيوين إلى معرفة طبيعة الاضطرابات المزاجية ومشاركتهم في تفعيل البرنامج العلاجي، كما ينبغي الأخذ في الاعتبار أن الأعراض المصاحبة للاكتئاب وخاصة قصور التركيز والانسحاب الاجتماعي تظل لفترة طويلة بعد علاج الاكتئاب ، فإنه من الواجب أن تراعى للبرنامج العلاجية للتدريب للمعرفى على التركيز والتذكر وتنمية مهارات الاجتماعية .

وتوجد خطط علاجية كثيرة نورد منها ما يلي :

- ١ - التدريب على تعديل الأوضاع النفسية ، وحث المريض على إظهار الاهتمام والرغبة في تبادل الحوار والتعبيرات الوجهية واليدنية العلامية .
- ٢ - التدريب على التواصل البصري والنظر للقبائل مع الذين يتمدنون إليه .
- ٣ - التدريب على التواصل اللفظي ونطق الكلام بصوت مصروع وواضح النبرات والإسهال في الحوار .
- ٤ - التدريب على مهارات التواصل الانفعالية ، والتحاووب الانفعالي والتعهم والتعبير عن المشاعر بصورة مناسبة .

أهمية للتدريب على التفاعل الاجتماعي من خلال اللعب وحلق موضوعات خارجية يشمل بها الطفل بدلاً من الانشغال بالذات وحالات الأسى والحرر .

وفي الحالات الشديدة يمكن للتدخل القرائي بمضادات الاكتئاب كحط دفع أولى ضد الاكتئاب وخاصة مثبطات السيروتونين ، مع مركبات الليثيوم التي تعطي نتائج مفيدة مع حالات الاكتئاب المصحوب بنوبات هوسية والسلوك العدواني والجناح .

### الانتحار Suicide

لعل مشكلة الانتحار لا تبتد مكناتها بين اضطرابات الطفولة ، وهي تكاد تكون معدومة الوجود لدى المسافر بينما يرتفع معدلاتها لدى المراهقين ، وترتبط أفكار الانتحار والتهديد به أو محاولة الانتحار بالاضطرابات الاكتئابية لدى المراهقين .

بينما يشيع حدوث أفكار الموت والانتحار لدى كل الأعمار ، لكن لا يستطيع الأطفال القيام به ، بل يهجو مظاهره في ثمنى الموت ، لكنه لا يقدم على الانتحار المعلى ، بينما ندرائد معدلات إقبال المراهقين على محاولات الانتحار ، ويكون حدوث الانتحار كتنهجة للعوامل عديدة مثل الإصابة بالاضطرابات النفسية ذات العلاقة مثل الاكتئاب والسلوك الانتفاخي ، ونعاطي المحدرات ، والانحرافات

الجنسية، وهناك العرض ، أو الإساءة الجنسية والإغتصاب لدى القذبات ، ويعيب في محاولات الانتحار أية رغبة في البقاء ، تكون الفكرة الانتحارية فكرة انتفاعية تدنى على خاطر ويتم تنفيذها إذا استوفت شروطها بمعنى وجود المنتحر في مكان مزيج ، وتوفر وسيلة الهلاك أو الموت ، انغلاق أبواب الأمل والإقبال العتلى أمام حلول بديلة ، وغيباب الآخر للمساعد للخروج من المأزق ، أو تعاملى مخدرات من شأنها أن نشط السلوك الانتفاعى لتتمير لذات.

وعلى أى حالة ينبغي أخذ أمور التهديد بالانتحار أو محاولات الانتحار مأخذ الجد من جانب المحيطين ، حتى يتم التدخل السريع والرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية الملائمة ، تكون التهديد بالانتحار أو ظهور الأفكار المتطرفة بالانتحار أو محاولات الانتحار قد نفسى في أغلب الحالات إلى الانتحار القضى.

## اضطرابات الأداء الاجتماعي في الطفولة أو المراهقة

Disorders of Social Functioning  
with Onset Specific to childhood or adolescence

تشيع اضطرابات الأداء الاجتماعي لدى بعض الأطفال من قبيل الصمت عن الكلام في مواقف معينة ، واضطرابات التعلق

أولاً : الصمت الانتقائي Selective Munsun :

ويبدو مظاهر هذا الاضطراب في امتناع الطفل عن الكلام أو توقفه عن الإجابة عن أسئلة أو رفض الحوار في مواقف معينة على الرغم من أنه يكون قادر على الكلام ، ويتحدث في مناسبات أو مواقف أو مع أشخاص آخرين .

وتعود هذه الحالة إلى معاناة الطفل من الخوف الاجتماعي ، والحماية الزائدة ، وقد تحدث للطفل كنتيجة لخبرات صدمية شديدة تكف الطفل عن الحديث عبي كما يمكن أن يعود إلى اضطراب العلاقات الأسرية ، خاصة في حالات الشقاق الأسري ، حيث يتعلم للطفل ألا يرد على أسئلة أبوه نتيجة لتوجيه الأم له بذلك واعتماديته الشديدة عليها ، أو الإساءة للطفل في موقف اجتماعية تسبب له الحرج ، وكلها تعود إلى بنية لا شعورية تنفصل فيها الفترة الكلامية لتجنب الإحراج .

## العلاج

يتم التدخل العلاجي للتعامل مع الأسباب الرئيسية للصمت الانتقائي وتشير البحوث إلى فعالية برامج العلاج للسلوكي المعرفي للقلق والخوف الاجتماعي والتدريب على المهارات الاجتماعية ، وللتوصل بالطفل إلى مستوى مقبول من التواصل الاجتماعي والتعامل مع المشاكل الانفعالية كالخزي والذنب اللذان قد يرتبطان بالمواقف أو أشخاص معينين .

ثانياً : اضطراب التعلق التفاعلي Reactive Attachment Disorder :

وهو من اضطرابات الأداء الاجتماعي والسمائي لدى الأطفال يعود إلى عدم تلقي الطفل الرعاية السليمة أو تلقيه لأصليب رعاية مضطربة في السنوات المبكرة من عمره قبل سن الخامسة ، ويسبب خللاً في علاقات الطفل وفي تطوره ويزدهاره على الرغم من ملامحه العظيمة والعسوية، حيث تبدو عليهم علامات قصور في الحركة أو النشاط Hypokinesia ، والكسل dullness والفتور Lastless والتبدل مع غياب التفاعلية

في الأنشطة اليومية ، وتبدو عليهم علامات الحزن ، والبؤس والرعب والذهول ، وعلامات سوء التغذية . وأحياناً ما يبرز البهل ، وهي بعض الأوقات تكون رثعته كريمة ، وفي الحالات الشديدة تبدو صورة الهزال الشديد . حيث ينقص وزنهم عن المعدل بنسبة ٣ ٪ مع قصور في العضلات وهزوة الجلد .

وعلى المستوى الاجتماعي تبدو استجاباتهم الاجتماعية تجاه الآخرين بطيئة ولا يلتفتون للمثيرات الاجتماعية ، ويقتصرين بأهانتهم ، ولا تبدو عليهم أى مظاهر للاحتجاج أو الغيظ الطبيعي من الرعاية المقدمة إليه ، أما الأطفال الأكبر سناً من ٢ - ٣ سنوات يبدون اهتماماً قليلاً بالبيئة المحيطة بهم ، ولكنهم لا يقبلون على اللعب بالأكعب حتى مع التشجيع ، ولكنهم سريعاً ما ينصرفون إلى الالتصاق باللقائم بالرعاية

وقد تحبب لدى هؤلاء الأطفال القدرة على إقامة علاقات اجتماعية دائمة مع قصور شعورهم بالذنب مع فشلهم في اتباع القواعد وللمطاعة وتزايد حاجتهم للرعاية والتعطف .

وهناك نوعين من اضطراب التحق للتعاطي ، النوع المكثف Inhibited type ويعتدل فيه الطفل في الاستجابة لمعظم التفاعلات الاجتماعية المناسبة لكل عمر حيث يبدى الملل تراجع أو كس شديد مع حرص رائد مع استجابات متناقصة (للمحور والبرود ومقاومة للتشجيع ، والتفريط بين الإقبال والتجنب) .

أما النوع غير المكثف Disinhibited فهو نمط من التعلق المنتشر أو المتعدد ، وتبدو على الطفل مظاهر النشاط الاجتماعي أو فشله في اختيار الشخص أو النمط الذي يتعلق به .

#### العلاج ،

ينصح في حالات كثيرة عزل الطفل لفترة من الوقت داخل المستشفيات أو مؤسسات رعاية الأطفال لتقطع العلاقات السريعة في أحوال رعاية الطفل في المنزل ، ويواجه أولاً التركيز على سوء التغذية بوضع برامج غذائية معيدة ، ولأهم من ذلك التدخل بالإرشاد الأسري لتدريب الأم على أساليب الرعاية المناسبة وتحسين أحوال الأسرة المحيطة وتدريب الطفل على التوصل الاجتماعي وإرهاق الأداء الاجتماعي وعملات للتفاعل الاجتماعي .

## الاضطراب الحركي النمطي أو اضطراب العادة النمطي

### Stereotypic Movement Disorder or Stereotypal Habit Disorder

هو اضطراب في السلوك الحركي النمطي المتكرر بدون هدف ، وقد يحاول الطفل ضبط نفسه من خلال وضع اليدين تحت الفميص ، أو في جيوب البنطال كمشاهدة أصبع جرح نفسه . وإذا فشل ضبط النفس فإنه قد يعدد جرح نفسه برطم الجسم ، وقضم الأظفار وهز الرأس وعش نفسه وشرب الرأس تطف مما يستدعي التدخل الطبي ، وتنتشر هذه المظاهر في حالات التخلف العقلي والتفقد الحسي بينما يمكن ملاحظتها في الأشخاص العائدين خاصة في أوقات الإحباط ولسام وملتونر .

وتعود هذه الحالات إلى أسباب وراثية ، وسبب الإهمال أو الحرمان العاطفي والتقصي وأساساً بسبب خلل هرموني .

#### العلاج :

يفيد استخدام هيئات العلاج السلوكي وتعديل السلوك مع بعض حالات الاضطراب الحركي النمطي ، وفي بعض الحالات ينبغي التدخل الطبي بتركيبات لدوامين لتقليل سلوك إيذاء النفس ، ويمكن استخدام أدوية أخرى مثل مضادات الاكتئاب .

### الفصام Schizophrenia

الفصام من الاضطرابات الذهانية التي تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر تتضمن مظاهر الهلوس والهولوس والتخريف أو الكلام المفكك والسلوك المتحلي أو التخشبي ، ويشيع حدوث الفصام في الثلاثينات من العمر ، ولكن الفصام قد يحدث قبل خمس أو ست سنوات من العمر . وعلى الرغم من أن خصائص الفصام تبدو متشابهة لدى الأطفال والراشدين ، إلا أن تشخيص الفصام عند الأطفال يواجه صعوبات عديدة ، والهولوس والهذات والهالوس عند الأطفال عادة ما تسهم بشكل ضعيف أو أقل في التشخيص بينما تشيع الهالوس البصرية .

ولم يكن تشخيص الفصام لدى الأطفال قبل عام ١٩٦٠ شائعاً ، وبما كان يوصف دماغ الأطفال للحالات التي تعاني من اضطراب نمائي منتشر أو نوع فرعي من الاضطراب الذقوي أو التوحد ، ولكنه بعد عام ١٩٨٠ أمكن فصل اضطراب الفصام عن اضطرابات التوحد الذقوية ، ولا توجد أية مظاهر تشخيصية للفصام عند الأطفال قبل من الخامسة بأي حال من الأحوال ، بينما يحدث الاضطراب الذاتي (الأوتيزم) فيما قبل الثالثة ، وفي حالة الفصام تكون القدرة العقلية في معدلها الطبيعية بينما تنخفض في حالات الأوتيزم .

وتسمح لمثل هذه التشخيصية لفصام الأطفال في العديد من المسالك غير العادية مع التجنب الاجتماعي ، أو العزوف عن الناس ونقص المهارات الاجتماعية ، وقد يكون لهم تاريخاً مرضياً في التأخر الحركي والمعالم العقلية والأداء الدراسي الضعيف على الرغم من وجود قدرة عقلية مناسبة ، وذلك فضلاً عن وجود هالوس سمعية ، حيث يسمعون أصواتاً تملهم على انتهاء مهنة مثل اقل نفسك أو اقل غيرك أو قد تكون أصوات عربية مثل يوجد كمبيوتر في رأسي ، مع هالوس بصرية مخيفة . مثل أن يرى شيطان أو عفرات أو وجوه غريبة .

وتحدث الهولوس أو الهذات لدى أكثر من نصف الأطفال المصابين بالفصام وتدور الهولوس أو الضلالات حول الاضطهاد والمظنة والدين ، وتزيد الهولوس بتزايد الأحاسيس ، ويمكن أن يطلق العقل في شحنة أو صرخة بلا سبب ، كما يصابون باضطراب التفكير وتوقف عمليات التواصل والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر ويكون كلامهم أقل من العاديين ، مع اضطراب للتواصل الاجتماعي وعدم متابعة للحوار في النقطة التي ينتهي عندها المتحدث .

## علاج فصام الأطفال :

يتم علاج حالات فصام الأطفال عن طريق مصادقات الأنفوس التي ربما تغيب في عدد من الحالات ، ولكن للعلاج التأهيلي يكون في غاية الأهمية وخاصة النوعية النفسية للأسرة لتدعيم العلاج والتدخل بالعلاج النفسي للتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية وتعميق الانتباه والتغلب على صعوبات التعلم ، وحث الطفل على اختيار الواقع ، ويمكن إجراء التراجع العلاجي الحديثة للتدخل بالعلاج المعرفي لتخفيف الهلوس السمعية وتخصيص الأداء المعرفي .

### اضطرابات النوم عند الأطفال

يعد النوم من الحاجات الفسيولوجية الأساسية للطفل ، حيث ينشط هرمون النوم عند الأطفال أثناء النوم ، وهكذا فإن صغار الأطفال يقضون معظم أوقاتهم في النوم والرصاعة ثم تتناقص الحاجة للنوم مع التكبر ، وتؤدي اضطرابات النوم إلى حل في النمو الجسمي والعقلي والانتعالي للطفل ، حيث يخلل الإيقاع الدماغي والإثارة النفسية للبدن.

وتتعدد المشكلات المتعلقة بالنوم ، ولكن أكثرها شيوعاً هو :

لأرق      قسبي أثناء النوم      الإزعاج والزعج الليلي .

أولاً : الأرق : *Insomnia* :

يمود الأرق المفكر إلى الاكتئاب أو التوتر الإفغالي وقد يشعر الطفل بعدم الأمان لكونه قد يكون خائفاً من مصادر خيالية يتاح له أو من اللطام ويؤدي أرق طفعل إلى إزعاج الأموين وأرقهم ، مما قد يجعلهم يميلون إلى أساليب غير مبروية في معالجة هذه الحالة لأنه قد يرتد عصباناً وعناداً ، كما أن أساليب العنف والتعويف في تعديل سلوك الطفل تزيد بدورها من أرق الطفل وأحلامه المزعجة .

لذا فين عملية تفويم للطفل نحتاج إلى أن نجعل للنوم سعدياً بقدر الإمكان بإعطاء الطفل جرعات مناسبة من الحزن والإهتمام قبل تحوله إلى النوم ، فقد يؤدي إهماء الطفل لأوامر وإرغامه على النوم إلى ربط للنوم بالعقوبة ، وتجعله بحشي النوم ويحل في حالة الأرق والإزعاج ، وقد يعود أرق للطفل إلى معاناته من تقلصات معوية أو عدم تهينة المناخ أو تبولد الصوصاء وعدم كفاية الشروط المسحية للنوم ، فيجب تخفيف الضوة لأقصى درجة وإبعاد مكان الطفل عن المزعجات والأجواء الضرة أو الرطبة أو الباردة غير المناسبة والعمل على أن يكون نظيفاً في منواته الأولى حيث يؤدي الإخراج اللاإرادي للبول والبراز في سنوات الطفل الأولى إلى حالة من التوتر تجعله يتأرق طلباً للنظافة .

ثانياً : العشي أثناء النوم (*Sleep Walking*) : *Somnambulism* :

ويصيب الأطفال ما بين ٤ - ٨ سنوات حيث يمشي الطفل وهو نائم ويندفع بنشاط بدني بصورة لا شعورية .

وتعود هذه الحالة إلى العديد من العوامل أهمها معاناة الطفل للقلق بنسبة



للحرمان شتريدي وعدم إشباع حاجته إلى الأم ، أو معاناته من صغوب انفعالية شديدة لا يستطيع تحملها مما يجعله يخرج أفعاله أثناء النوم . وبعد المشي أثناء النوم من الاضطرابات التي قد تسبب مشاكل كهري مثل أن يجرح الطفل نفسه أو يؤذيها بشكل بالغ أو إشعال النار أو القفز من مكان مرتفع . ولذا ينبغي التعامل مع هذه الأمور على أساس الوقاية من إيذاء الطفل لنفسه

وفي الغالب ما يكون المشي أثناء النوم والكلام أثناء النوم رد فعل على أحد الأحداث القوية التي كثيراً ما تقع . فيميشها للطفل مرة أخرى من خلال النوم ، فتجد على سبيل المثال ، حالة الطفل الذي كان نومه مصحوباً بالفعالات العن على وفاة أبيه الذي كان يحبه حباً شديداً ، كان يقوم وهو نائم ويقف ويفعل ويفتح الأبواب ويمر مسافة مبالغ إلى قبر أبيه حيث يجثو ويصلي ثم يعود إلى منزله مسرعاً هزاه

(تو جلاس نوم ، ١٩٥٨)

### ثانياً : الإنزعاج والرعب الليلي : Night terrors

وهي حالة يستيقظ فيها للطفل فجأة خائفاً مدعوراً ويعاد نومه مرة أخرى ، وفي الغالب ما يسمى سبب إنزعاجه ، وتوقيت هذه الحالة بحالات التحول الليلي أو المشي أثناء النوم ، والتحول الليلي اللاإرادي إلا أنها تختلف عن حالات الكوابيس أو الأحلام المرعبة التي يستطيع الطفل أن يذكرها أو يستجدها في اليقظة ، بينما حالات الإنزعاج الليلي لا يستطيع للطفل استعادة أحداثها ، وربما تشير فقط إلى بعض الصور المرعبة التي تطارده أثناء النوم .

وما لا شك فيه أن النوم هو واحد من مقاييس الصحة النفسية ، فإذا اضطربت حياة اليقظة وتزايد القلق والتوتر وعمل الأهل في تفهم المطالبات العائلية للطفل ، واضطرب تنظيم المادف البيولوجية للطفل فإنه في الغالب ما يضطرب نومه ، وترى التأثيرات العلاجية للمدبة أهمية الإرشاد الأسري وتدريب الأهل على عملية اللدنة والرعاية البدنية والعقلية والانفعالية السليمة للطفل ، مع الأخذ في الاعتبار تنظيم أوقات النوم واليقظة عند الأطفال ، وعدم ربط النوم بمفاهيم الغناء أو الأرجحة أو الرضاعة أو وضع الحلمة المصطنعة البديلة عن ثدي الأم في فم الطفل حتى ينام ، مع الأخذ في الاعتبار أسلوب التغذية ، وعدم الخلط بين الأطعمة التي قد تسبب ارتباكاً معوياً وخاصة في المساء .

ومع تقدم الطفل في العمر وقدرته على التعبير اللفظي ينبغي أن يتجهم الأبوين مخاوف الطفل ولا يستخفون بها بل ينبغي عليهم مناقشتها ، وإطلاق الحرية لتعبير الطفل عن أحلامه ومخاوفه والعمل على تهدئته .

كما ينبغي عدم ترك الطفل نائماً وللخروج من المنزل ، مما يسبب له إحساس بالترعب ، وعدم الأمان في حال استيقاظه ، كما ينبغي عدم السماح للطفل بالسهر وتعبه مما يجعله يكتسب عادات غير صحية في النوم ، فضلاً عن إبعاد الطفل عن سماع قصص الرعب والأفلام والبرامج المرعبة التي تسبب له امتصاص لأحداث الرعب وتجعل نومه أكثر اضطراباً مع التأكيد على أن المو الذي والريح في المدرسة وفي المنزل من العوامل الهامة التي تسبب للطفل أفكاراً وأفعالاً اضطراباً في بقلته ونومه .

### مشكلة الإيمان عند الأطفال

مع التطورات الحديثة في الميدان الصناعي وظهور مواد صناعية لها أثر نفسية عميقة وشيوع تعاطي هذه المواد في فئات عريضة من الشباب والمراهقين ، ومع بعد الحياة الحضرية ، وقصور الإشراف الاجتماعي والأسري والمدرسي ، أمكن ظهور العديد من الانحرافات السلوكية التي لا ترتبط باضطراب المسلك أو الجناح ، وقد ظهرت في الآونة الأخيرة انتشار معدلات التدخين لدى تلاميذ المدارس ، مع تأثير جماعات الأقران ، والوصول إلى تدخين الحشيش أو البانجو ( نبات الحشيش )

( عبدالله عسكر ، ١٩٩٦ )

ويكثر تعاطي نبات البانجو الضعيف بين الأطفال والمراهقين من ذوى الأوساط الاجتماعية والاقتصادية الدنيا والأطفال الذين لا يجدون الرعاية الأسرية الكافية ، أو التي تدفعهم ظروفهم الاقتصادية للعمل مبكراً وترك المدرسة ، وذلك في حين تسلمهم يحثون بمشغلين كبار . وعلى الرغم من أن الدوافع الأولية للتدخين السجائر والبانجو لدى الصغار تعود إلى التقليد والتجريب ، لكن المراقب الصغير يحاول أن يؤكد هويته ، ويستيق شعوره بالرجولة والمسؤولية والتخلف على فلقه ومحاوله الخروج من وضعه الاجتماعي المتدني إلا أن التعود على التعاطي مرعان ما يتحول إلى نوع من الاعتماد الميكولوجي لما للبانجو من آثار تحفيزية مرغوبة لدى المتعاطي حيث يحفز شغلق ، ويحرر القرى الخيالية المرغوبة من عقلها ، مما يجعل من العيار يتبدل بنسي

عن موضوعات كثيرة يسعى إليها المراهق . وقد يتورط المراهق في مسائله جانحة ومعرفة أهمها السرقة والسطو والإعتداء للمصروف على ثمن المغرر أو السجائر ، مما يدخله في دائرة صعبة ، فضلاً عن تدهور حالته الصحية وإرتباك نظامه النفسي وتخلعه الدراسي وشعوره بالذنب والفقرى وزفنه من جانب الأسوياء ومعاناته حالات شديدة من القلق والاكتئاب . وشعوره بالتبذ بجمالته أكثر عناداً واندهاشاً في طريق المخدرات الذي ينتهي به إلى الجريمة حيث يكون الأطفال وسيلة سهلة لترويج المخدرات من قبل المجرمين وبنار المخدرات .

كما يشيع استنشاق المذيبات الطيارة مثل الغراء أو مكونات النفط كالكبروسين والتبنزين والغاز ومواد الطلاء ، وخاصة لدى الأطفال من سن السادسة حتى الثامنة عشرة ، حيث تعطي هذه المواد آثار نفسية وعصبية شديدة تدفعهم للحل الهلوسي لدى يصل لحد التسعم والإغماء ، وتنتشر هذه الممارات لدى أطفال الشوارع والعمالين في محلات تعريال السيارات بالوقود ومبيدات النفاثة والعمالين في مصانع الأحذية ، ويعود هذا السلوك لنفس الأسباب النفسية والاجتماعية السابق ذكرها في حال تعاطي البسجور ، وتؤثر هذه المواد تأثيرات بالغة على القدرة للعقلية للأطفال حيث تؤدي المذيبات للمضطربة إلى حدوث نكف شديد في المخ واضطراب الشهية للتعام ، كما ينسب في نوبات الصرع والتخلف العقلي .

### الوقاية وعلاج الإدمان عند الأطفال :

منظراً لمصارة الأدوية والمركبات الصناعية التي تحبشها المجتمعات المتقدمة ولإدمانية على حد سواء ، ينبغي للتأكيد على أهمية اعتماد كل أنواع الأدوية التي يتعاطها الكبار والصغار عن أيدي الأطفال ، واعتماد الأطفال عن مصادر للمنبهات الطيارة التي قد تكون موجودة في المنزل مثل البيرين والآسيبتون ، والبيب غاز البرونجاز وما إلى ذلك .

مع مراعاة الإشراف الدقيق على مراحل الطفولة للوسطى التي تسبق مرحلة المراهقة حيث يمكن مناقشة الطفل منذ سن السادسة عن طبيعة علاقته بزملائه والتعرف على أقرانه والتمادج التي يتعامل معها الطفل في المدرسة أو النادي أو أي أماكن تجمع أخرى ، وملاحظة سلوك الطفل ، ونظام إنفاق مصروفه ، وطبيعة ترومه ومأكله ومظهره ومزاجه ، فإذا حدثت تغيرات طارئة على العادات السلوكية للطفل يمكن وضع للطفل تحت الملاحظة ، ومناقشة سلوكه وعدم اللجوء إلى الانفعالات المادية أو العقوبة المتقطعة التي قد تدفع للطفل للهروب واللجوء إلى جماعات المعاطي

وإذا اكتشف الأهل حالات من للتدخلين والتدخلات أو استئثاق المضيق المضيق الطيارة فينبغي استشارة مؤسسات علاجية ، وينصح بتلقي الطفل لبرنامج علاجي طبي نفسي واجتماعي لإعادة تأهيله على للمستويات الثلاثة ومنظمة حالته وجذبه إلى العالم الطبيعي للأطفال وتغيير البيئة المعدية والبعث في الأسباب النفسية التي تمكن وراء مثل هذا السلوك ، وفي الغالب ما تكون نتيجة للتفوق السرف ، وهو صى لطرية وغياب الإشراف الطبيعي للأسرة والمدرسة ، أو قد تكون بسبب الإهمال وشعور الطفل بالنبذ ومعاناته من الحرمان للعاطفى الذى يجعله يعيش حالة من القلق والتزاج المعكك فيصبح مادة سهلة للإيمان والمتهربين الذى يجتدون الأطلاع لسوك الحرمة .

وعنه الأوساط التربوية فى المجتمعات العربية إلى اعتماد مناهج للوقاية من تعاطى السمكات والمخدرات كمناهج أساسية فى المدارس ، حيث يتم عرض دروس ينفذها المعلمون عن أنواع المخدرات وأثارها الصحية والنفسية والاجتماعية المدمرة وأسبب تعاطيها وكيفية تجنب للوفوع فى مثل هذا السلوك ورفع المهارات الاجتماعية التى تجعل الطفل يشعر بتقدير الذات والأمان والمساعدة بدون مخدرات ، مع رفع مهارات للتعب على غواية الأقران أو للكبار للإيقاع بالصغار فى مثل هذا السلوك ، ويقوم الطلاب بأداء امتحانات رسمية فى هذه المناهج مما يجعل برنامج الوقاية حالة معرفية لدى التلاميذ ، فضلاً عن الدور الإيجابي الذى تقوم به وهرات الصحة والشئون الاجتماعية والإعلام لتكثيف برامج الوقاية من الإقبال على مثل هذه المواد المؤثرة نفسياً . ويظل التوجيه والإرشاد والتثقيف للصحة للأسرة من أهم خطوط الدفاع الأولى ضد وجود أو انتشار ظاهرة تعاطى المواد المؤثرة نفسياً لدى الأطفال والتي فى الغالب ما تكون حالات مأساوية فى المستقبل حيث يتنقل المدمن الصغير من مجرد التدخل وتعاطى للبيرة والبانجو إلى تعاطى المواد المهلكة كالأفيون ومشتقاته والهمور والكراكيبين وعقاقير الهلوسة ، حيث تتفاقم المشكلة وتزيد الجريمة .

## الفصل السابع

### مشكلات نفسية معتادة

- الغيرة - العناد - الكذب
- المشاكل الجنسية
- الإساءة للطفل

## الفصل السابع

### مشكلات نفسية معقدة

تمثل في الحياة اليومية عالم الأطفال بالمشكلات النفسية المرتبطة بالنمو والتي في الغالب ما يمر بها معظم أو كل أطفال العالم ، و تحتاج هذه المشكلات إلى الوعي بها والتعامل معها لتجنب حدوث اضطرابات نفسية يمكن تشخيصها في مراحل نمائية أخرى ، وسوف نذكر هذه المشكلات وأسلوب التعامل معها على النحو التالي :

**مشكلة الغيرة :**

العبرة من المشكلات النفسية التي تصيب سلوك الأطفال ، وقد تكون الغيرة من المربين أو المناص أو من صورة للطفل نفسه في المرأة .

ولقد أثبتت دراسات للتحويل النفسي المعاصر إلى أي علاقة المثل بصورته تبدأ بتوتر عدواني غامض ، حيث لا يعرف الطفل صورته المرآوية ، وإنما يحرف صورة أمه أو الصور التي يعتاد رؤيتها ، فمجرد أن يرى صورته يدركها على أنها صورة لطفل آخر غريب جاء يقاسمه في ، أو يبعده عن موضوعه المحبوب ، ولهذا فإن هذا السلوك يترك أفكاره النفسية داخل قبلة النفس للإنسان ، حيث أننا نشهد اضطرابات من قبيل جرح النفس أو تحميرها في العديد من المظاهر المرضية ، ويعود سلوك كراهية الذات إلى الطبيعة التنمائية للإنسان ، ولهذا ينبغي لتنظيم النفس على أساس من التوتر والعدوى والإشهاد ، وهذا ما يمكن أن نسميه زملة الغيرة ، وتبدو مظاهر الغيرة الطفلية من التفوق السلوكي للطفل تجاه أخيه الأصغر ، والذي يدفع بالإغارة عليه بالعديد البدني مثل كتم نفسه بيده أو وضع إصبعه في عينه أو عنقه ، وما إلى ذلك من سلوك يعرفه المربون .

فالغيرة أساس لمعظم السلوك الذي يسم بالشرابة والشحذ والخروج عن المألوف ، فالطفل الغيور لا يستقر على حال ، ولا يشعر بالهدوء ، ولا يأخذ من الحياة أو يعطي سوى القليل ، ويغترق أحمراته ، ويبالغ فيها ، حتى يؤدي به شعوره إلى الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل منده ، فيكون مصدراً لتكد أهله ، ومضطرباً لخطر كامن مقوم ، لأن العنيد والحق الذي ينبعث عن الغيرة كلما يكون قصير الأمد أو محدد الوقت ، والخلل الغيور لا يحترف بغيرته ، ولكن يكرها أو يبرر سلوكه ويتكسب لنفسه

المرء ، ويحدد نموه (توجلاي، نوم ، ١٩٥٨ : ص ١٥٧) .

وترتبط الفكرة ارتباطاً مباشراً بالترجمية ، حيث تخلق الرؤية عن مساعدة الغير في مسرح الوجود ، وتكج إدراكات الطفل نحو الملكية ، ويدهق العالم كله لحساب صورته للترجمية ، وإذا ما جاء ما يجرح ترجمته فعبوت مستودعات الذاكرة وما تتطوى عليه للترجمية من عفوان منمر للثبات وللآخرين .

ولتفانم مشكلة الغير مع ترك الطفل يسمح في أوهامه للترجمية ويقاؤه في عالم الصورة الثالثة التي تمنحها له الأم وتؤكد لها للصورة المرآوية ، فلا يحدث له ما نسميه بالخصاء الرمزي ، بمعنى أن يرى ذاته في صور متعدد شخصه الهوية عبر علاقاته الاجتماعية للرمزية حيث يتخطى عن الملكية وينتج إلى الكينونة ، فالمملكة تدفع الطفل لأن يدهق الآخر لحسابه ، أما للكينونة أو للهوية فتجعله رهن لآخر المرء ، هو ومن معه من البشر فيشعر بأنه يبحث عن ذاته حيث يكون هو ذاته رهن لآخر لذى يصلنا بأفصنا عبر الملاقات للقفوية للرمزية ، والتوسع للرأسى إلى أفاق لمحي والإتسانية بدلاً من أن يظل أسيراً للملكية والتوسع الأقصى على حساب الآخرين .

وعلى هذا النحو لا تشكل الغير مشكلة إلا إذا تركتها تنفانم ، بمعنى أن يقوم الأيوأ بمحااة الطفل على حصاب غيره ، أو توجيه للدميح لأخوته على ما يقومون به من أفعال وسلوك حميد ، بينما يوجهون للوم واللعب إلى طفل آخر ، مما يجسه فيعمر عيباً وعبرة ، وفي هذه الحالة يستثير الاناء البتوية البارازوية لدى الطفل ، فتجعله عبئاً ثائراً حافقاً . وقد يطول به الأمس ليصبح حسوداً لأصدقائه على ما يواتهم من نجاح وتوفيق ، وسيفشل في التطلب في العمل مع غيره ، أو يكون دائم الشكوى من سوء تقدير الناس له ، ولن يستطيع الإنسجام مع غيره أو مع بئله .

وللتغلب على مشكلة الفكرة وللتعامل التربوي السليم معها ، ينبغي أن يتشاطر الأيوأ الدور التربوي ، بمعنى أن يمدد للباون الأيوأ في فصل العلاقة الطفولية للترجمية بالأم ولارتباط الأم بطفلها ، وتوجيه أنظاره إلى موضوعات أخرى كاللعب والحكايات ردمجها في جماعة من الأقران ، والإشراف على ضرورة أن يشاركهم ألعابهم ويشاركونه ألعابه ، ومنع خلفة للتشجيع والمكافأة من يسهم بالمشاركة بشكل أكبر وتعديك روح التنافس بين الأقران لأن التنافس يدفع إلى الإيجابية وتقدير الذات بشكل موضوعي وكما نجح الطفل في منافسة وفضل في منافسة أخرى نأكد له أن هذا

هو المشروع الطبيعي الذي يجب أن يتبعه طيلة حياته ، وسوف ينظم أنه كلما ابتعد عن فرجسيته وقوانينه وجد نفسه مع الناس ، فيقبل عليهم وينافسهم ويشجعهم ويشجعونه حيث يكون الانسجام والتوافق والإنجابية .

### مشكلة العناد :

العناد والرفض من المشكلات الطفلية المعتادة ، والتي تمثل مرحلة نمائية بعينها وفقاً للنمو النفسي الاجتماعي ، وهي هذه المرحلة التي تبدأ مع دخول الطفل في عامه الثاني حيث تبدأ إشارة النمو النفسي بالرفض أو بالإشارة بلا عن طريق الرأس ، وهذه المرحلة تشكل بداية النمو نحو الاستقلال ، ويبدأ وعيه بذاته ككيان مستقل عندما يبدأ في معارضة ما تريده الأم ، وخاصة للصراعات حول الإحراج والتنظيمة ، حيث يستطيع الطفل في مرحلة نمائية معينة لكتساب القدرة العضلية على التحكم في عضلات الإخراج حيث يتمتع أو يخرج بوله ويرزقه ، ويسمى إريكسون هاتين الوصلتين بالإحراج والاستيعاء ، وهذا يأتي دور المجتمع في تسهيل هذا الإحراج بالنسبة للطفل لتأكيد استقلاله . (محمد شعلان ، ١٩٧٧) .

وقد تولاه الأسرة عناد للطفل بالعناد السلسل أو التحذير أو طقة الحيلة أمام الطفل حيث يرى بعض الأمهات تصرخن من أيدائهن لرفضهن الطعام أو الطاعة والنظام والذهاب للحمام وما إلى ذلك ، وكل أشكال اللطاد إما تشير إلى سلوك تلقائي لتكيد الذات ، وشعور الطفل بالأهمية وتوجيهه بالمعنى أو النموذج التوادي الرافض لرعائه ، فكما تقول الأم للطفل لا لأشياء كثيرة فإنه كثيراً ما يقول لا لسانه كنموذج للرفض ، بينما ينبغي أن تنتظم لية للطاعة والتنظيم في مقابل العناد والتمرد والعوصي من خلال انتظام الأوامر ورباطها بالإشباع السرى لحاجات الطفل واستجابة لرعائه البزغة ، فكثيراً ما يحرص الآباء على الأبناء بعض القيود التي يكون من الصعب طفيان بها ، فمن السهل أن يقال للطفل لا تتحرك واقعد في مكانك ، لكن مثل هذه الأوامر بالنسبة للطفل حيوي نشيط تكون أمور لا يستجيب لها ولا يستطيع أن يطيع هذه الأوامر لأن عضلات الأطفال الصغار تنمو وتزيد بصورة سريعة ، ومن الواجب أن نترك لهم حرية الحركة بالوثب والصياح واللعب ، وتخفيف القيود على الحركة ، ومراعاة أن يكون المنزل مناسباً لمركبة الطفل ولطلاقه حتى تسهم في تأكيد ذاته واستقلاليته ودفعه نحو الكهولة دون أن يلاحقه التوم والعقاب .

وقد يستخدم التحذير من العقاب العاجل أو الأجل كوسيلة لمنع الفرد من حرق القوانين وعسولان للتوهمي . على أنه ليس لهذا التحذير سوى قيمة إشائية



نافذة ، لأنه يعجز عن امتدازه المرء إلى العمل نحو أبة عالية معينة نافذة ، فالحواف أمر يمنع ويكبح ويمسوق ، لكنه لا يدفع أو يبعث للشاشات نحو وجهة إيجابية متجهة . (دوجلاس ، ١٩٥٨ : ص ١١٣)

ونؤكد الكشف والتحليلية للرائدة على أن الوظيفة الأبوية التي تعمل على تأسيس بنية النظام والقانون ، ينبغي أن تكون عادلة في التعامل مع رفض الطفل وطاعته ، فهذه الوظيفة تنفصلي للتوازن بين الفصل والوصل ، بمعنى فصل الطفل عن نرجسيته وعيانه ورفضه بأساليب تربوية تجعله يتحمل بالاستقلال والتوكيدية من خلال خلق عالم خاص به من الألعاب والأقربان والنظام الجماعي الذي يساعد على تنازل الطفل عن رفضه وعيانه وتحويل طاقته إلى ما يشغله في المارج من ألعاب وحوارات وأنشطة طفلية مرغوبة .

وليس من النادر أن يفتقد الأطفال من الطاعة إلى العسبان وإلى الإستهجاب بكل الفواعل والظلم ، وكثيراً ما يقع إنا ولجـه الطفل موقفاً جديداً عليه ، مثل دعور المدرسة أو مرض أمه ، أو تغيير مربيته ، أو وفاة أبيه ، وفي مثل هذه الحالات يكون للعصبر رد فعل للموقف لا يستمر طويلاً إنا كان للطفل معاً إعداداً طناً لسبل المواقف الجديدة ، ونعلم للتنازل عن رغبته الخاصة في سبل اكتساب حب الآخرين ، تعلم له ، ولكتسابه لقدرة رمزية معربة تجعله يقوم ضد العرمان .

**مشكلة الكذب :**

الكذب من المظاهر الشائعة لدى الأطفال والكبار ، بينما يكون لدى الأطفال حيلة دفاعية ، يكون لدى الكبار اضطراباً سلوكياً .

فمن المعروف أن النشاط النفسي للكائن البشري يبدأ بالخيال ، ومع ظهور اللغة تتفاعل الأنشطة النفسية لتنتج المتخيل ، ويد الكذب في الطفولة شكلاً من أشكال إنكار العجز والقلق الطفلي عن طريق الكلام ، حيث يميل الطفل إلى اختلاق قصص من وهي خياله لأحداث لم تحدث في الأصل ، وغالباً ما يلجأ الطفل للكذب هروفاً من العقاب ، فالأجواء غير الآمنة والنماذج الأسرية غير الآمنة في طرح مشاكلها أو التعبير عن رغباتها إنما يؤدي بالطفل إلى اعتماده على الكذب كحيلة دفاعية لتجنب العقاب أو لتحقيق مكسب ، فمن الأمور الشهيرة لدى الطفل استخدام ميكانيزم التنطير أو الرقعة وخاصة في سنوات ما بعد الثالثة حتى السادسة ، حيث يمكن أن يستشعر الطفل وجود خلاف بين والديه ، أو يكون هناك تناقض في أسلوب التعامل مع الطفل وفي طريقه كل من الأب والأم ، فملاً تكون الأم أكثر إشباعاً لرغبات الطفل التي

تتعارض مع نظام الأب أو رعايته فتكون صورة الأم محبوبة وصورة الأب مكروهة ، تدفع الطفل آنذاك للكذب للأب ، بأن يخبر أمه بأن ولده قام بمعاكسة المريضة أو أنه يتحدث في السليفيون وينطق على نفسه العرقلة لأنه يعرف امرأة أخرى ، مما يجعل الطفل محظياً لدى الأم ، وتشتعل المشاكل بينها وبين الأب ، ويكسب للطفل الأرض حين يستبعد الأب من الحسابات النزيهية في علاقته به . وهكذا قد يقوم الطفل باختلاق الأكلايخ حول المدرسين والأقران حتى يتجنب الذهاب إلى المدرسة وما إلى ذلك من آليات دفاعية يشيع استعمالها في مرحلة الطفولة للوساطة .

وقد تكون حكايات الأطفال الذين يبالغون في سردها عادة سلوكية إذا كانت تجذب انتباه الآخرين وتستثير عطفهم وتجعله مقبول اجتماعياً ، وتردّد هذه السمات في مرحلة المراهقة في إطار ما نسميه في الثقافة العربية ( فتح الصدر ) حيث يبالغ المراهق في إبراز صوره وقوته ومغامراته للجنسية في صورة مجمله بحلق جواً كادماً يجعله يشعر بتقدير الآخرين وقبولهم له في الوقت الذي يمتصّر فيه هرجد نفسه كذباً فيمحسّص تقديره لذاته ويضطر للدفاع ضد هذا الذنب بكثرة الكذب ، أختلاق الأحداث

على أنه من المؤكد أن هناك كذب سلوكي متعمد يحفظ عن الحيل الدفاعية ، هذا الكذب يكون مكسباً من إحدى التماذج الأسرية ، فقد سمعت مرارعة شقيقة لصغير للذهاب إلى مكلي ما ، أو لشراء شيء ما مطلوب منها ، بينما هي تذهب إلى مكان آخر كان يقلل شأماً أو تشدري أمور غير لئلي ذهبت لشراء لها ، وتدعي صباع انفقود ، وتضع شقيقها الأصغر رشوة وتطلب منه أن يماندها في كذبه ، وفي هذه الحالة يتم تدعيم سلوك الكذب . وقد يرغب الأهل الابن على الكذب ، إذا طلب من الطفل مثلاً الإجابة عما إذا كالى الأب موجوداً من خلال محاكاة تليفونية ، ولا يرغب الأب في الحديث مع المسائل ، فإنه يثور لإبنه أن يقول أنه غير موجود ، وإذا ما أخطأ الطفل وقال إن الأب موجود ينهاه عليه الأب بالعقاب ، وهذا ما يهر بنبان بلقة في الآباء ويجعل للطفل أكثر سخطاً وحقداً وشعور بخيبة الأمل واختلال النموذج الذي ينبغي أن يحتنيه في حياته للرفقة .

فالأسرة المضطربة تجعل من سلوك الكذب حالة معتادة بين الأفراد ، ولا يصلون إلى الحقيقة فيما بينهم البصر ، وتكون للتفاعلات الأسرية مشطربة ، وتصل هذه السلوكيات المضطربة بعدم الأمانة هي كل ما يصدر عن الأطفال إذا كان عدم الأمانة حالة معاشة لذلك لتطالعت الأسرية .

ومن المظاهر النفسية التي ترتبط بالكذب اللبظي هو ما يسمى بهوس الكذب في المراهقة والرشد ، حيث لا يستقيم البناء النفسي أو يتجاور الفرد معننه وقلقه إلا من خلال الكذب لدرجة لا تستطيع فيها أن تعرف أين هي الحقيقة في كل ما يقوله المهورس بالكذب .

ويتطور هوس الكذب إذا حدث ما يدعم الإنكار عن طريق نسخ القصص الخيالية في الطفولة ، وتؤكد الطفل من أن اللاتقيق والأكاذيب والمداع والتسويل والأوهام هي السبل لتحقيق الأمان وإشباع رغبته في التواصل الاجتماعي .

إلا أن هناك نوع من الكذب الجمالي الذي يستند على بقايا الخيال الطفلي ، وهذا النوع من الكذب هو ما يستخدمه الشعراء في وصف المصروب ومدح الحكام والفناء لملوطن وما إلى ذلك ، ونصدق ذلكاً المقولة ( أجمل الشعر أكذب ) ، وهو ما يمكن أن نسميه بالإعلاء أو التحسلي للكذب السليبي المدمر والذي يبعث على الذنب وعدم الثقة في العلاقات الشخصية المتبادلة .

#### الوقاية والعلاج :

مما لا شك فيه أن البناء القيمي والأخلاقي هما السبيل للصحة النفسية والاجتماعية ، فالعمل على كشنة الطفل على الأمانة في ذكر الوقائع كما تحدث بالفعل هو النهج المنشود لتحقيق الروح الطيبة من العيث الخبلي والخداع لمعالجة قصوره وحرمانه وعجزه .

هنا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحقوق وتلتزم الصدق ، كل من الطلدي أن يلتزم بطفل حدود الصدق المروعة .

وإذا كانت الأسرة على درجة من الصدق والكتسب الطفل عادة الكذب من أقرانه أو ممن يتعامل معهم أو استخدم حياته لتبرير خطأ ارتكبه ، فإن من الميود ألا تلجأ الأسرة للعقاب ، لأن العقاب من شأنه أن يعقد الأمر ويدفع الطفل للكذب بصورة أكبر لتبرير أفعاله .

بينما يكون من الأفضل تفهم قصور الطفل وعجزه ، والمبررات التي دفعت به إلى الكذب لتجنبها ، ومن المفيد أن يقوم الأهل بمناقشة الطفل طبقاً لسنة ، في كشف حقيقة الأمر وإخباره بأنه لا يجب أن يخفي عن والده شيئاً قد يساعده في تقديم العون إليه ، ويحبه بأن الصدق أفضل ، ويدعم لديه سلوك الأمانة والصدق ، ويميزه ويشجعه على التعبير عن حاجاته ورغباته بصورة صادقة حتى يحقق الأمن النفسي واحترام الذات .

ويجب أن نبتعد عن أسلوب الاستجواب وجمع الأدلة من أقرانه للتدليل على كذب الطفل لأن ذلك يجعله أكثر سطحا وحققاً ، وتهتك ثقته بزملائه ، بينما ينبغي تجنب المراجعة الصريحة بالتهام للكذب ، وأما ينبغي أن يكون المصور متوازناً في صوره من التذاعيبات الثقافية حتى يكشف الطفل حقيقة كذبه ، وفي هذه الحالة نساعد على التخلص من الشعور بالمرى المغرط حوال كذبه حتى يتمكن من اعتماد وتدعيم سلوك الأمانة وقول الصدق.

أما فيما يتعلق بالكذب الغيالي وأعلام الليقطة فلا خطر من إطلاق العنان لأحلام اليقظة للطفلية ، إلا إذا أصبحت حالة مصلمبة له أو غايية في حد ذاتها ، وأبعدنه تماماً عن التفكير.

وينبغي أن نصمت جيداً لنقصم الأطفال لخيالية لأن وراءها معنى ، ونمهم أن يساعد الآباء الأبناء على التفرقة بين ما هو خيالي وما هو واقعي ، وأهمية التعامل مع الواقع وإدراك قيمته الحقيقية .

كما ينبغي أن نلتزم المناهج للدراسية قول للصدق للأطفال ، وإطلاعهم على الحقائق العلمية والتاريخية والسياسية ، لأن الصدق في التعلم هو المعدل لتحقيق مجتمع يقوم على قول للصدق والأمانة والتعلم مع الواقع بعيداً عن اختلاق الأكاذيب فتربيه إلى تتناقض مع الواقع ولكني نصمم للطفل حين يكبر ويستطيع الوصول إلى للحقائق ، مما يصعب لديه الانتماء ويهدد بنية المجتمع ويجعله أكثر انقساماً ونحفاً .

### المشاكل الجنسية

تبدأ الحياة الجنسية للإنسان مع بداية حياته منذ الشهر الأول ، ولذلك ركزت بحوث التحليل النفسي على ما يسمى بالجنسية للطفلية حيث ينصرف اهتمام الطفل بالمناطق الشفوية في الجسم مثل الفم ومناطق الإخراج والأعضاء التناسلية ، وتقوم الحضارة الإنسانية في جعلها على الارتقاء بالجنسية الحيوانية في إطار اللذة المباشرة إلى اللذة الإنسانية المعنوية ، حيث تعمل التربية على التسامي بالفرائل لدرية للإنسان إلى اتجاهات أرقى وأبقى ، فباللذة الجنسية المباشرة هي ما يأسر الأطفال ، حيث تدور لذاتهم حول الجسم وخاصة الأعضاء الشفوية منه ، ولذا فإنه من الطبيعي أن تكرر هناك مشاكل مرتبطة بالتربية الجنسية ، فإذا اضطربت التربية الجنسية في الطفولة اضطربت معها الجنسية الراشدة حيث تشهد ما يسمى بالانحراف الجنسي مثل

بدمار العادات الموروثة والجنسية المثلية ( التلوط عند الذكور ، والسحاق عن الإناث ) والزرع الجنسي بالأطفال ، ومجامعة الحيوان ، والاحتكاك الجنسي في الرحم ، والاغتصاب ، والسادية (اليفاق الأذى بالشريك الجنسي) ، وللمازوخية (الطغذ بالإهانة والأذى) وارتداء ملابس الجنس الآخر والفتوشية أو التعلق بشيء ما يستفهمه المحبوب تعلقاً جنسياً ... وغيرها من الاضطرابات الجنسية مثل رفض الجنس وألعة عند الذكور والبرود عند الإناث ، وآلام الجماع الجنسي ، وفقدان الرغبة الجنسية وعدم القدرة على الوصول إلى الفتوة الجنسية ، ولهبوس الجنسي .. إلخ .

ونظراً لكون الجنس هو محور الوجود المشرى والمحصلة الكبرى للذة والسبيل لحفظ النوع وتكوين الأسرة وتنظيم المجتمع وتحقيق الصحة النفسية ، فبإل مراعاة للزربة الجنسية وللتعامل مع مشكلات النمو النفسى الجنسي يكون فى غاية الأهمية فى مراحل الطفولة .

ولقد تعود المجتمع العربى على التعامل مع الجنس فى الطقولة على كونه نشاط غير موجود أصلاً ، ويفتركون أمر وجوده أو ارتكابه للسذجة أو لتقليد الجماعة غير البروية .

فمن المؤكد علمياً ويمكن ملاحظته من جانب المربين والفرشدين الذى يقومون بالتعامل مع الأطفال فى البيت أو للمصانة أو المدرسة أن الطقولة ليست مرتبة من الأفعال الجنسية ، ولكن كيفية التعامل معها تكون مفقودة أو مكبوتة لأنها تثير القلق و مشاعر الحرى ولحجل عند الكبار ، فيجذبونها أو يهملونها ، وبالتالي تتعاقم ونصح مصدرها للتوتر والانتزاج الطفلى ، وقد تسبب له قلقاً مزمناً يعوق تطوره الانفعالى الموى .

ومن أكثر المشاكل الجنسية شيعاً فى الطقولة ما يسمى الاستمناء الطفلى ، حيث يميل الأطفال فيما بعد الشهور المت الأولى من الحياة إلى التمثيل بأعضائهم الجنسية بمجرد أن تصل إليهم أيديهم ، وهذا الملوك طبعى لا يحذر مشكلة إلا إذا طال الأمر عن حده وأصبحت عادة حاصلة إذا كان الطفل من الأسر ذات المستويات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة ، ولتى تترك أطفالها عزلة لفكرة طويلة أو لا يدور لديهم ما يستر هزتهم وتكون هذه للعائلة لدى البنين والبنات على نحو ظاهر .

وقد تتطور الدالة إلى الوصول إلى قلق الأهل على البحث المتزايد من الطلق فى أعضائه والتي قد تعود لأمداب طدية : فقد تنشأ هذه للعدة بسبب وجود التنهايات فى الأعضاء التناسلية التى تجعله يرغب فى تخفيف الألم بالاحتكاك مما يثيره جنسياً ، أو

قد يعود إلى حالات الإمساك أو التبول المعوي أو لذتهجات المثانة والصحارى البولية مع مراعاة أن تكون مقاسات الملابس للذخاية للأطفال مناسبة لأن ضيق الملابس أو الالتصاقات التي تنتج عنها تسبب معاناة للأطفال وتجذب لانتباههم إلى بُدائهم .

(دوجلاس توم ، ١٩٥٨)

وليصرف انتباه الطفل عن بدنه يمكن توجيه انتباهه إلى أشياء محبة إليه مثل لعبة يشغل بها أو صور يشاهدها أو نحكي له حكاية تجذبه حتى ينصرف تدريجياً عن ممارسة العادة السيئة .

ومن المشكلات الجنسية الشائعة هو ما يبدو من شعب الطفل الصغير بالنظر إلى جسمه عرياً أو النظر إلى الأجسام العارية لأبيه أو أخته ، فقد يتلصص من ثقب باب حجرة النوم أو الحمام ، وهو ميل إلى الاستطلاع واكتشاف المجهول ، وحاسة في الحالات التي يبقى الطفل ملازماً للفراش الأبوين فيما بعد السنة الثانية ، أو ينام معهما في نفس الغرفة ، حدث يمكن أن تكتشف العلاقة الجنسية للأشدة بين والديه دون أن يصر له ما يجري مما يحطه بسعي للحصول على هذه المعرفة بطريقته الخاصة ، فقد يصعب النوم وهو يسمي بأذنيه إلى ما يحدث . ومن الأفضل في كل الأحوال أن يكون للأطفال غرفة منفصلة ، ويمكن أن ينام الطفل في غرفته من بداية عمره ثلاثي ، مع مراعاة حدود الذليل والاتصاق والتفصيل المسرف للطفل من صمعه أو التذليل ، يُعسرف في النظافة لأعضائه الجنسية ، أو الاهتمام بمظهره وهو عاري ومن الأمور الجنسية التي تحير الآباء هي الأسئلة الجنسية التي تدور على لسان الطفل مثل من أين يأتي الأطفال ؟ وما هو الفرق بين الولد والبنت ؟ أو قد يسأل الطفل عن اسم الأعضاء المخفية عند الأم أو الأب .

وكثيراً ما تثير هذه الأسئلة طاقة الفضول والإحراج لدى الوالدين ، حيث يترك الطفل هذا الحرج ، ويدرك مدى كذب الوالدين في الإجابة عن تساؤلاته المهيبة .

وكثيراً ما يلجأ الأهل إلى خلق قصص للإجابة عن أسئلة الطفل ، مثل يأتي الأطفال من أمام باب الجامع أو أن طائر بيمينه يقذفه لنا ، أو من يطن ماما أو من شطة الدكتور أو الحكيم أو للداية هي التي لحضرتة . وكل هذه الإجابات الملفقة لا تكفي لتعطي الطفل حول معرفة الحقيقة التي يسعى إليها ، حتى لو أن الأبوين كلتا قد افلحا بأن قصصهم أجابت عن أسئلة الطفل ، فستظل هذه الأسئلة قائمة حتى يقع في إحدى حادثة أو معلومات من الشارع أو الأقربى عن حكاية الإنجاب ، ولكنه قد منحهم في بدركه وتكون معرفته الجنسية مرشكة مما قد يسبب له ارتباكاً ، بل ولا

بهذه الحقيقة في الوقت الذي يدرك فيه أن بطن أمه ينكر أثناء حملها ثم تعيب عنه الأم وتعود بطفل جديد ويتراجع حجم بطنها ، كل هذا يشير إلى حقيقة أن الطفل يدرك حقيقة الإنجاب ، ولكنه يبحث عن التيقن حول هذه الحقيقة ، فمن الأفضل أن يعرف الطفل كل الحقائق الجنسية المتعلقة بالطبيعة الإنسانية ، لأن تجاهل المعرفة الجنسية يجعل الطفل في حيرة ، وتدفعه إلى المصنوع على المعلومات التي تسله بصورة سريعة معزوفة.

ومن المضاطر التي تقع على جنسية الأولاد هو الخطأ في أسلوب التنصيص الجنسي أو اكتساب الهوية الجنسية ، فأحياناً ما ينكر الأهل جنس الطفل إذ كان ذكراً ، ويعيلون إلى تسميته باسم حركي فتتوى ، وحجبه عن الآخرين لعزلة طويلة ، ويندفع إلى حيث يكتسب هوية جنسية مرتبكة ، وأيضاً كراهية الأهل للفت خاصة إذا تحدثت القبات ، ولم تحصل الأميرة على طفل ذكر ، خاصة إذا كانت الأم تنتظر ميلاد ذكر ، وجاءت المولودة أنثى ، وتختلف الاتجاهات نحوها مما قد يدفعها لكراهية جنسها ولعب الدور الجنسي الذكرى مما يحوق تطور هويتها الجنسية الأنثوية.

ومن المعروف أن الانحرافات الجنسية وخاصة الجنسية السلبية تعود إلى اضطراب الدور الجنسي والهوية الجنسية ، فضلاً عن أن اضطراب الهوية الجنسية يعود أساساً إلى سؤال الهوية الجنسية حين لا نستطيع للفت أن نحدد جنسها ، وكذلك بالنسبة للذكور ، إلا أن حالات الهستيريا تكون نادرة عند الرجال.

ونظراً لأهمية الحياة الجنسية في تحقيق الصحة النفسية فإن تجاهل الأمور الجنسية في الطفولة يبحث على الشقاء الفردي والأسري في الرشد ، فمن الأفضل أن تعلم الأطفال المعارف الجنسية بكل دقة وصراحة منذ الطفول المبكرة ، وألا يتعامل الأهل بقلق وحوف حول الموضوعات الجنسية ، وخاصة للعائلات السرية عند الأطفال ، والتي قد تكون وسيلة للتخفيف من القلق والمضغوط الواقعة على الطفل ، مع أهمية معرفة من يتعامل معهم الطفل ، والإشراف على سلوكه بشكل لا يثير القلق أو الشغل ، مع تجنب الإصراف في العناق والتدليل والأمور التي تثير ميول الطفل الجنسية وعدم اللجوء إلى العقاب والتهديد ، بينما يجب أن نعلم الأبناء كيف يوجهون طلباتهم إلى الألعاب السوية وتنمية المهارات والمهارات ومناجاة للنشاط الدراسي والاحتشام حتى ينمو الطفل نمواً جنسياً ولغفائياً سواً.

## المشكلات الناتجة عن الإساءة إلى الطفل Problems Related to Child Abuse

تشكل الإساءة إلى الطفل Child abuse مصدراً أساسياً للعديد من المشكلات البدنية والمعرفية والانفعالية ، ونمى بالإساءة إلى الطفل كل سلوك من جانب الراشدين بسبب الأذى للجسم أو النفس للطفل ، فهناك الإساءة الجسدية بالضرب وإلحاق الضرر والتعذيب أو حرمان الطفل من الطعام لفترات طويلة ، والتعذيب الجسدي وتكليف الطفل بمهام أو أعمال تتجاوز قدراته وحرمانه من التعليم والنسب ، وإهماله وتعذيبه لفظياً وإهملته ، كما أن الإساءة الجنسية من أخطر ما يوليه الطفل من الراشدين ، مثل الاعتداء الجنسي على الأطفال أو استخدامهم استعمالاً جنسياً منحرفاً فس يترجمهم من الرشد.

وتعود الإساءة إلى الأطفال إلى أسباب عديدة أولها اضطراب شخصية الأم وإصابتها بالاضطراب النفسي أو تعطى المولد المؤثره نفسياً مثل المحدرات والكحول ، فضلاً عن اعتقادها للضج الانفعالي وعدم قدرتها على التجارب مع متطلبات مرحلة الطفولة كبر ترفض راحة الطفل في حالة عجزه عن تنظيف نفسه وكثرة صراحه ، وما إلى ذلك ، فضلاً عن مدى استعداده النفسي لتقبل الطفل ، وكثرة الشجار الأسري ، وغيرها مما سدرضه بالتفصيل في السياق التالي .

### معدلات انتشار ظاهرة الإساءة للأطفال :

طبقاً للمؤشرات الإحصائية للظاهرة ، لا توجد للأسف إحصائيات دقيقة في مجتمعنا العربي على الرغم مما نشهده من مظاهر متعددة للإساءة إلى الأطفال ، وقد تكون النتائج صادمة إننا ما اهتمت مؤسسات رعاية الطفولة بهذه الظاهرة على نحو جاد ، بينما تشهر الإحصائيات الغربية أن حوالي ٢ ملايين طفل مساء إليهم تم إحصائهم عام ١٩٩٤ بواسطة المجلس الوطني الأمريكي لمنع الإساءة للأطفال .

وتؤدى الإساءة للأطفال إلى وفاة ما بين ٢٠٠٠ إلى ٤٠٠٠ طفل كل سنة كما سجل ١٥,٠٠٠ إلى ٢٠٠,٠٠٠ حالة سنوياً من الإساءة الجنسية.

ومن بين الأطفال الذين يتمرضون للإساءة الجنسية ٣٧٪ أقل من خمس سنوات ، ٣٧٪ بين ٥ - ٩ سنوات ، ٣٧٪ بين ١٠ - ١٤ سنة ، ١٤٪ بين ١٥ - ١٨ سنة . كما لوحظ أن أكثر من ٥٠٪ من كل الأطفال المساء إليهم والهملين قد ولدوا قبل نوابهم ، وكان وريثهم أقل من الطبيعي عند الولادة .



## أسباب الإساءة إلى الأطفال :

تتعدد الأسباب أو العوامل المؤدية للإساءة إلى الأطفال وأهمها أن الوالدين ملدين بوجهان الإساءة إلى الطفل كانوا أنفسهم مسجلين لاعتداء بدني أو جنسي أو وجودهم في وسط أسرى بماملهم بمنف وقسوة مما جعلهم يكتسبون هذه العادات ويمارسونها مع أبنائهم . وقد يعتقد الأهل أن أسلوبهم للتعذيب هو التربية هو الأسلوب الأمثل لطفلهم للنظام ، وهم لا يدرون أنهم يسيئون ويؤذون أجسام ومشاعر أبنائهم .

كما تزدى أحداث الميعة للمساخلة مثل الزحام الشديد والمقر والانعزال الاجتماعي وفقدان الأسرة لمصادر الدعم والبطالة إلى الإساءة إلى الأطفال ومعاملة وزيادة القهوان الموجه إلى الطفل ، كما تعود الإساءة إلى اضطرابات نفسية وعقلية وسلوكية لدى الوالدين ، فالإنسان والأمراض العقلية تجعل الأب أو الأم عبر قدرين على الحكم السليم في تقدير سلوك الطفل وما يمكن عمله في عميقة الشخصية الاجتماعية .

كما أن هناك من الأسباب التي تعود إلى الطفل نفسه والتي تجعله أكثر عرضة للإساءة مثل إصابة الطفل بالتحلف للعقلي أو أحد أشكال الإعاقة الحسية والبدنية والذين لا يعرفون عن الصراع وتعدد المطالب مما يجعلهم أطفال مرصعين بالنسبة للأهل ، وينتفع الأهل للإساءة إليهم ، ويقر الأطفال المعاء إليهم أن لأهلهم ينظرون إليهم على أنهم بطيئون اللغو ، سيئون ، قانين أو فوضويين خارج النظام .

وقد يؤتى طرق تشلظ الطفل وحركته الزائدة إلى تحريضه العدوان وبحسب اليدى ( Kaplan & Sadock, 1998 )

وتعود أسباب الإساءة الجنسية للأطفال إلى وجودهم في بيئة يصب فيها الترشدتين بما يسمى بالولوج الجنسي بالأطفال ، واختلاط الأنساب أو العلاقات المعارمية في الأسر المضطربة ، أو وجود الأطفال في بيئات مدرسية أو ميداني عمل تجعل الظروف مهيأة للاعتداءات الجنسية على الأطفال .

## المظاهر التشخيصية :

### الإساءة الجسدية :

تبدو مظاهر الاعتداء البدني على الطفل بالهروح أو القصور والرموض والإصابات الدلالية في الصدر والأعضاء بصورة لا تتناسب مع ما يذكره الولدان عن إصابة الطفل أو أسباب إصابته ، وقد تكون آثار التعذيب وضحة مثل الحرق بالدر في

مناطق معينة ، أو إطفاء السجائر في جسم الطفل ، وقد تكون هناك إصابات بالغة في الوجه والرأس والعمود الفقري ، ولا يصل الطفل إلى الطبيب أو المستشفى إلا بعد أن يفشل أهل في تطبيق الطفل نتيجة لإصابته بالإغماء لوماً إلى ذلك .

وعلى المستوى السلوكي فإن الطفل المستروب أو المهدى عليه بذنباً غالباً ما يبدو منسحباً ومرعوباً ومكتئباً وكفّاً مع شعوره بالإحباط ، وقد يبدو عنزانياً ومستاءاً ، كما قد يعاني من سموميات سامة ومشكلات في العلاقات بالأقران وتكون لديه نزعات هارمة للذات مع أفكار وسلوك انتحاري .

#### الإساءة الجنسية :

يتم التعرف على الإساءة الجنسية من خلال تقرير الطفل عن الاعتداء الجنسي عليه من أحد الأشخاص المقربين ، وفي الغالب لا يتم الإفصاح من جانب الطفل عن الاعتداء الجنسي عليه لشعوره بالذنب والخزي أو القلق والتضييق إذا ما تم اكتشاف الأمر . وقد يتم الاعتداء الجنسي تحت التهديد وحلقة في بعض المدارس والوادي التي يكون فيها بعض المعلمين للتواصل الذين قد توكل إليهم رعاية أو تعليم أو تدريب الأطفال ، وقد يأتي من المعلمين والبالغين في المنطقة وأصحاب العمل وما إلى ذلك .

وفي مثل هذه الحالات ، يلجأ للطفل إلى إخفاء مظهر هذا الاعتداء خشية العار والفضيحة ، ولكنه قد يعاني آلام عضوية في منطقة الاعتداء الجنسي مما قد يكتفب الأمر وفي هذه الحالة يزداد شعور الطفل بالوصف والخزي والذنب مع المشاعر الاكتئابية .

وفي حالات الاعتداء للمحارمي ( الاعتداء من الأب أو الأم أو الأخ والأخت ولعم والفال وهكذا ) فتكون الأمور أكثر تعقيداً ، فالأب المريض بالمحارم حيث يعتدى على ابنته فإنه يكرس العلاقة الأبوية ويهز ثقة البنت في الوجود مما يدفعه إلى التعامل معها بأسلوب الاستجابة المطلقة لمطالبها ، والخبرة الشديدة عليها ، ومتابعة كل سلوك تقوم به خشية أن تفضحه ، وكذلك العلاقات للمحارمية بين الأخوة والأقارب .

فمن الحالات التي تعاملت معها من خلال التحليل النفسي ، حالة شاب الذي جاء يشكو من اكتئاب شديد ومشاعر ذنب مبرحة ورغبة في الانتحار مع نوبات من البكاء الشديدة ، وما إلى ذلك من أعراض مصفوفة بين الموهب والقلق والاكتئاب ، وهي مسار تطيلي كشفت المستعجلات عن قيامه بالاتصال الجنسي بأخته من الأب بعد أن تزوجت إتصالاً جنسياً كاملاً ، وفي شرح تاريخ الحالة ، كلى الشاب وهو صعب

يلعب مع أخته ألعاباً جنسية استمرت حتى البلوغ ، حيث كانت هناك ألعاب جنسية بالغة بدون اتصال جنسي كامل ، حتى كان زوجها الذي سمح بالاتصال الكامل مما فجر بذية الذنب والشاعر الصادمة ، وهذا يعود إلى اضطراب أسرته حيث طلق أمه وتزوج والده من والدته أخته التي كانت تصنعه بأربع سنوات ، والمهم أن هذا الشخص لم يتمكن حتى الآن من الزواج على الرغم من بلوغه الأربعين من عمره وتطوره مشاهد ذنب خطيرة تجاه شكه في أن يكون ابن أخته من فحاح أفعاله الجنسية وليس من زوجها.

وفي حالة من حالات الإساءة الجنسية حالة مريض ذهاني كانت تشتغل لديه أعراض الهارنيريا بالاكتهاب مع السلوك الاندفاعي ، وكان من أسرة شديدة المحافظة ، وكانت أمه على درجة عالية من القسوة والرغبة التوسسية في النظام والنظافة ، وكانت توكل رعاية أبنائها لخدمته في حال تعاقبها للعمل في الوقت الذي يعمل فيه الأب طبيباً لا يجد وقتاً لرعاية أبنائه مع اتساعه بالدقة والنظام ، وكانت الخدمة على درجه متدنية من الأخلاق فكانت تعد إلى تجريد الأبناء من ملابسهم ، هؤلاء الأبناء هي بنت في الثالثة ، وولد ( للحالة ) في الخامسة ، وولد يكبره بعام ونصف ، حيث صنع البنت مستقفاً على ظهرها ثم تضع الحالة عليها وجهه ثم تضع الأكبر على ظهر الحالة بينما هي ضالوس للعادة السرية .. والأسوأ أن أمر هذه العائلة لم يتكشف ، وظلت هذه الألعاب قائمة لفترة ، حتى كان البلوغ ، وتفجرت لدى للمريض مشاعر عنادية شديدة تجاه الأخ الأكبر مع مشاعر رفض وإفكار لأخته التي سرياً ما تزوجت ، ولكنه لم يحصر حتى عرسها ، وكان يتلصص عليها وهي عارية ، ويقوم بممارسة العادة السرية التي أسرف في ممارستها حتى التقى بأحد الشيوخ الذي جرم له هذه العادة فبدأت مشاكلته بأن ترك الجامعة وأصبح يهذي ويتهكم بالكبر بالانحراف والظواهر ، وأن الجميع يتناجع بعضه بعضاً ، وما إلى ذلك من الأفكار الجارولية والإسطهادية .. ولقد استمر تحليل هذه الحالة لأكثر من عامين حتى تم إزالة الآثار النفسية المدمرة لهذه الإساءة الجنسية .

وما أكثر ما يقابلنا في الجلسات العلاجية من اعترافات بشأن الاعتداء من المفربين أو الراشدين ، مما يكون له الأثر البالغ على البناء للنفس ، وما أكثر ما نشهد الانحرافات الجنسية هي الرشد مثل للمعاودة والصياغ الأخلاقي المهيمن نتيجة لعلاقات محارمة مختلفة هي الطفولة والمراهقة .

كما يزدى الاغتصاب الجنسي للذكور والإناث إلى آثار نفسية بالغة قد تدفع بحالات كثيرة إلى قتل المعتدي أو قتل الضحية أو الانتحار ، مع معاناة الكثير من

الأطفال لاضطراب ما بعد الصدمة ، حيث يكون للخوف والأرق وعدم الاستقرار ، ومعاودة لمشهد الصادم (الاعتصاب) وسيطرته على أفكار للصحة مع المشكلات الاجتماعية المعقدة المترتبة على الاعتصاب ، وخاصة على الإناث إذ تم هناك عشاء النكاره والذي يمثل في مجتمعنا الشرقي جواز المرور للاستقرار الزواجي ، مما يشكل محنة نفسية واجتماعية شديدة .

### الإساءة الانفعالية والإهمال

تمتد الإساءة الانفعالية شكل من أشكال الحرمان العاطفي الذي يذله الطفل مع الإهمال في الرعاية والتربية ، وتنتج الإساءة الانفعالية عن وجود الطفل في جرم من ثورات الغضب وللجهم وغيباب الفرح وشيوع ألمواء القمور والكآبة وتداول ألاماط وعبارات الحرمان والهموم والشكوى ، وعدم الإهتمام بالطفل ، مما يحمله بنسباً عجزاً تبرز عليه علامات سوء التغذية والاحتساب ، وكثرة إصابته بالأمراض والعدوى . وقد يتأثر نمو العقلي وتراجع مهنزاته الحركية وانشطته الاجتماعية ، مع اضطراب التعلم والتمه والاضصال . وهي حالات كثيرة قد يؤدي هذا النوع من الإساءة إلى موت الطفل أو اعتلاله الشديد .

وهي الغالب ما يعود الإهمال والإساءة الانفعالية إلى وجود الطفل في بيئة سرية مضطربة ، فإصابة الأم بالاضطرابات الاكتئابية والذهانية يجعلها غير أهله لرعاية الطفل مما قد يسبب له أضرار الإساءة الانفعالية والإهمال ، فقد ترى الأم في ابنها شيطاناً ، أو أنه السبب في شغلها ، أو أنها فقدت ألبه بسببها ، وما إلى ذلك من الأسباب التي تستدعي تدخل طبي وقانوني لعزل الطفل عن مثل هذه الأم أو الأب لها كإلى الاضطراب لدى الأب ، لكن الأمر يتعلق بالأم أكثر من الأب وحده في المرحلة العقلية المبكرة .

كما تعود أسباب الإساءة الانفعالية والإهمال إلى عوامل اجتماعية مثل كثرة الأبناء والفقر والبطالة والإدمان والعجيرة .

ومن الحالات التي تمت بدراستها تلك المعناة التي فقدت أمها أثناء ولايتها مما جعلها مكفولة من حديثها لأنها التي توشعت بالسواد وطلت مكتومة متجهمة لدرجة امتصت فيها للطفلة هذا السواد ، حتى طارت عنها أجنة سبب موت أمها ، وأصبح الاكتئاب لصيقاً لوجودها مما أعاقها عن مسايرة الآخرين ، فكانت معزولة ، تهمل نفسها ، وتنمى لنفسها الموت ، ونظرتها المليئة للحياة والكشاحم والحبوب من الارتباط والرواجي والفرجة الدينية المتعصب طالبة للمنفرة على ذنب لم ترتكبه .

### العلاج والوقاية من الإساءة والإهمال :

مع مراعاة للقيمة العليا للطفل بوصفه الامتداد الطبيعي للوجود ، على المسئولية تقتضى التدخل العلاجي الرسمي وغير الرسمي للأطفال المصاب بهم ، سواء بالعلاج الطبي والنفسى والتأهيلي والاجتماعى الشامل مع الأخذ فى الاعتبار علاج المداخل الأسرى ونظم العلاقات الأسرية المضطربة التى تودى إلى الإساءة إلى الطفل أو إهماله . وقد يصل الأمر إلى وضع الأسرة كلها تحت الوصاية الاجتماعية والقانونية مع التدخل العلاجي والإرشادى لتجنب كوارث نحل للأطفال لوجودهم فى بيئة مسيئة .

أما ما ينطبق بالاعتداء الجسدى أو الإساءة الجنسية ، فإن الأمر يتطلب بالكثيف الجسدى لتسليم وتطعيم الأطفال تجنب غواية التكبر والإفصاح بلا خجل عن أى محاولة للتحرش أو الاعتداء مع علاج الآثار النفسية السلبية المترتبة على الاعتداء الجسدى .

مع الأخذ فى الاعتبار الأبعاد الاجتماعية للظاهرة ، فيجب توجيه الأمر العفوى والثى قد لا نجد ما يلى لها أن ننظم أسرتها ونحدد من الإنجاب ، دون داع وتطبيق القانون لحريم عمله الأطفال ، والإشراف الموصى على الأسر التى يتوقع أن ترتفع فيها معدلات الإساءة للأطفال ، مع المتابعة الميدانية الدقيقة لأماكن تجمع الأطفال ، واختيار المعلمين والمدرسين والمشرفين عليهم لاختياراً دقيقاً حتى نتجنب حدوث أى شكل من أشكال القسوة أو الاعتداء الجسدى . وفى كل الأحوال ينبغي أن يتم رعاية الأطفال بالصورة التربوية اللائقة ، وعدم ترك أمر رعايتهم للخادمات أو العاملين بالانطفاء وإمداد الطفل بالمعلومات الكافية عن حياته الجسدية والعاطفية ، واختيار الأقران وأماكن الترفيه ، وإشباع الحاجات الأساسية للطفل ، وبناء تقدير الذات على أساس موضوعى والابتعاد عن أى شكل من أشكال الحرمان المكتسب التى قد تجعله فريسة للغواية والاعتداء ومادة سهلة للإساءة من جانب الآخرين .

المراجع



## المراجع العربية :

- أحمد عكاشة (١٩٩٨) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- جون بولي اعتداف ماري فراني ، ترجمة السيد حميرى ، صميم نعيم ، فرج أحمد (١٩٥٩) : رعاية الطفل ونظور الحب ، القاهرة ، دار المعارف
- دوجلاس توم ترجمة اسحق رمزي (١٩٥٨) : مشكلات الأطفال اليومية ، القاهرة ، دار المعارف ، ط ٢
- رأفت السيد عسكر (١٩٩٠) : مدى فعالية لمقارن نفهم الموضوع فى الكشف عن المؤشرات الأوديبية المعقدة لدى المصابين بالمحرمات المرسية ، دراسة نظائية كلينيكية ، رسالة ملخص غير منشورة ، كلية الآداب جامعة الأزهر.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) : الأطفال القويحيون : دراسات شخصية وبرمجية ، القاهرة ، دار الرشاد .
- عبد الستار ابراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى ابراهيم (١٩٩٩) : علاج التملكى للطفل والمرافق ، الرياض ، دار العلوم للنشأة والنشر ، ط ٢ .
- عبد الله عسكر (١٩٩٦) : الانتظاريات للتفسيرية وعلاقتها بتعاطى المرافقين المبانج ، القاهرة ، مجلة الصحة النفسية ، مجلد ٣٧ العدد المنوى.
- عهد الله عسكر (٢٠٠٠) : مدخل إلى التحليل النفسى اللاكسى ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عهد الله عسكر (٢٠٠١) : الإكتئاب النفسى بين النظرية والنشخيص ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- فاروق عبد السلام (١٩٨٢) . للموقون ، تصنيفهم وحصائص الشخصية ، مجلة كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة ع ١٠ ، ١١ .
- فرج عبد القادر طه ، شاكى قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح.



- لطفي بركات أحمد (١٩٨٤) : الرعاية التربوية للموهوبين عقلياً ، الرياض ، دار المريخ .
- نوبس مليكه (١٩٩٨) : الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية ، القاهرة ، مطبعة فيكتور كيرلس .
- مايكل راثر (١٩٨١) ترجمة محمود سلامة : الممران من الأم ، إعادة تقديم ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- محمد شعلان (١٩٩٧) : الاضطرابات النفسية في الأطفال ، القاهرة ، الجهاز المركزي لتكتب الجمعية والمدرسية والوسائل للتعليمية ، ط٢ .
- مصطفى زور (١٩٨٦) : في النفس ، بحوث مجمعة في التحليل النفسي ، بيروت ، دار للنهضة العربية .
- محمود سلامة (١٩٩٠) . علم النفس المقارن : في للتعلق لدى الإنسان والحيوان ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .
- نصره عبد الحميد جليل (٢٠٠٣) : للملكيا ، الإعاقة للمحنه ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

### المراجع الأجنبية

- \* *Alexander, R. C. (1995)* . Current and emerging concepts in child abuse. *Comprehensive Therapy*, 21 (12) 726-730.
- \* *American psychiatric Association (1994)* . Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder DSMIV, Washington DC.
- \* *Angold A, Costello EJ ( 1996)* . Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder J Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry 35.
- \* *Aram DM, Morris R, Hall NE, (1993)* . Clinical and research congruence in identifying children with specific language impairment J Speech, Hear. Res. 36 : 580.

- \* **Baker L, Cantwell DP, (1990)** · The association between emotional/behavioral disorders and learning disorders in a sample of speech/language impaired children. *Adv Learn Behav Disorcer* 6 : 27.
- \* **Baker L, Cantwell DP, (1989)** · Specific language and learning disorders. In *Handbook of Child Psychopathology*, ed 2. TH Ollendick, M Herson, editors, p 93. Plenum, New York.
- \* **Beitchman JH, Brownlie EB, Inglis A, (1994)** : Seven year follow - up of speech/language stability and outcome. *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 1322.
- \* **Beitchman JH, Wilson B, Brownlie EB, Waters, H, Inglis A, Lancee W, (1996)** · Long term consistency in speech / language profiles II. Behavioral, emotional, and social outcomes *J Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry* 35 : 815.
- \* **Benarich AA, Curtiss S, Tallal P, (1993)** · Language, learning and behavioral disturbances in childhood · A longitudinal perspective. *J Am Acad. Child Adolescent Psychiatry* 32 : 585.
- \* **Brooks JS, Whitman, M Finch SJ, Cohen P, (1996)** · Young adult drug use and delinquency · Childhood antecedents and adolescent mediators. *J Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 35 : 1584.
- \* **Buitelaar K, (1993)** · Self - injurious behavior in retarded children . Clinical phenomena and biological mechanisms. *Acta. Paedopsychiatr.* 56 . 105.
- \* **Carpenter, M, Kennedy M, Armstrong A L, & Moore E (1997):** Indicators of abuse or neglect in preschool children's drawings *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.* 35 (4) 10 - 17

- \* **Chaffin M Kelleher K, & Hollenberg J (1996)** Onset of physical abuse and neglect : Psychiatric, substance abuse and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*. 20 (30) 191 - 203.
- \* **Crenshaw V B et al . (1995)** : When educators confront child abuse: An analysis of the decision to report . *Child Abuse and Neglect*. 19 (9) 1095 - 1113.
- \* **Dates R K, & Bross D C (1995)** : What have we learned about treating child physical abuse? a literature review of the last decade. *Child Abuse and Neglect*. 19 (4) - 463 - 473.
- \* **Deisz R, Doneck, H & George N (1996)** Reasonable cause A qualitative study of mandated reporting. *Child Abuse and Neglect* 20 (4), 275 - 387.
- \* **Dodge K A Pettit, G S, Bates E & Valente E (1995)** : Social information processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (4), 632 - 654.
- \* **Duncan R D Saunders, B E Kilpatrick D G, Hanson R F & Resnick, H S (1996)** Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, Depression, and substance abuse Findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66 (3), 437 - 448.
- \* **Dykman R A, Mephereson B, Ackerman P T, Newton J E, Mooney D M, Wherry I, & Chaffin M (1997)** . Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children *Integrative Physiological and Behavioral Science*. 32 (1), 62 - 74 .
- \* **Ellison J V & Ross. C A (1997)** Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*, 80 (2). 447 - 450.

- \* *Kinard E M (1995)* : Brother and teacher assessments of behavior problems in abused children, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34 (8), 1043 - 1053.
- \* *King BH (1993)* : Self - injury by people with mental retardation : A compulsive behavior hypothesis. *Am. J. Ment. Retard.* 98 . 93.
- \* *Lahey BB, Applegate B, Barkley RA (1994)* . DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *Am. J. psychiatry* 151 : 1163.
- \* *Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ, Grimm J ( 1992)* . Oppositional defiant disorder and conduct disorders . Issues to be resolved for DSM IV, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 31 : 539
- \* *Leventhal M, Pew, M C, Berg, A T& Garber R B (1996)*, Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect *Pediatrics* 97 (3): 331 - 335.
- \* *Lewis DO, Lovely R, Yeager C, Ferguson G, Friedman M, Sloane G, Friedman H, Pincus JH (1988)* : Intrinsic and environmental characteristics of juvenile murderers. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 27 : 582 .
- \* *Lewis DO, Shanok SS, Lewis ML, Unger L, Goldman C (1984)* . Conduct disorder and its synonyms : Diagnosis of dubious validity and usefulness. *Am. J. Psychiatry* 141 : 514.
- \* *Lundy MS, Pfohl BM, Kuperman S (1993)* : Adult criminality among formerly hospitalized psychiatric patients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 32 : 568.
- \* *MacMillan H L, Fleming E, Trocme N, Boyle M H, Wong M, Racine, Y A, Beardslee, W R, & Offord, D R (1997)*: Prevalence of

child physical and sexual abuse in the community Results from the Ontario Health Supplement. 2 - 8 (2) 131-135

- \* *Maxfield M G, & Widom C S (1996)* . The cycle of violence Revisited 6 years later Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 150(4), 390 - 395.
- \* *Maziade M, Caron C, Cote R, Boustin P, Thivierge J (1996)* : Extreme temperament and diagnoses. Arch. Gen. Psychiatry 47 : 477, 1990
- \* *McMahon P, Grassman W, Gaffney, M, & Stanitski, C. (1995)* Soft tissue injury as an indication of child abuse. Journal of Bone and Joint Surgery American Vol. 77 (8) 1179 - 1183
- \* *McPherson W B, Newton E Ackerman P, Oglesby D M, & Dykman R A (1997)* . An event-related brain potential investigation of PTSD and PTSD symptoms in abused children. Integrative Physiological and Behavioral Science. 32 (1 ). 31 - 42.
- \* *Meiselas KB, Spencer EK, Obregon R, Peselow ED, Angrist B, Campbell M. (1989)* . Differentiation of stereotypes from neuroleptic - related dyskinesias in autistic children J. Clin Psychopharmacol 9 : 207
- \* *Milner, J S, Halsey, I. B, & Faltz (1995)* Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high - and low - risk for physical child abuse mothers. Child Abuse and Neglect. 19 (6), 767 -780 .
- \* *Mullen, P E Martin L Anderson, J C Romans S E & Herbison, G P ( 1996 )* The long-term impact of the physical , emotional, and sexual abuse of children A community study Child Abuse and Neglect 20 (1), 7 - 21 .

- \* *Peterson L W, Hardin L, & Nitsch M J (1995)* . The use of children's drawings in the evaluation and treatment of child sexual, emotional and physical abuse. *Archives of Family Medicine* 4 (5) . 445 - 452.
- \* *Sadeh A, McGuire, P Sacks H Seifer R Tremblay A, Civita R, & Hayden R M (1995)* : Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34(6) 813 - 819
- \* *Scerbo A S & Kolko (1995)* . Child physical abuse and aggression: Preliminary findings on the role of internalizing problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (8) 1060 - 1066.
- \* *Silverman A B, Reinherz H Z & Giaconia R M (1996)* . The long term sequelae of child and adolescent abuse : longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*. 20 (8), 709 - 723.
- \* *Steward JT, Myers WC, Burket RC, Lyles WB (1990)* . A review of the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29 : 269.
- \* *Tiggany Filed, (2000)* . Child Abuse and Neglecton , in , Alan Kazdin (ed.), *Encyclopedia of psychology* . American psychological Association, Oxford Uni. Press. Vol. 2. Pp. 61 - 65
- \* *Vitiello R, Jensen JS (1995)* . Disruptive behavior disorders. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* , ed by Kaplan, BJ Sadock, editors, p 2311. Williams & Wilkins. Baltimore.
- \* *Wassennan GA, Miller L.S. Pinner E, Jaramillo B (1996)* . Parenting predictors of early conduct problems in urban, high - risk boys. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 5 : 1227.
- \* *Wichstrom L, Skogen K, Oia T (1996)* . Increased rate of conduct problems in urban areas . What is the mechanism ? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35 : 471









## هذا الكتاب

من أمثل الكتب العربية التي تتناول الاضطرابات النفسية للأطفال وفننا أحدث ما وصل إليه علم النفس المعقل والطب النفسي للأطفال من كشوف علمية وتطبيقات إكلينيكية مما يساعد المهتمين في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي للأطفال وأهل المعوقين عقليا ، فضلا عن أهمية الكتاب للمربين للتعرف النفسي على المشكلات والاضطرابات التي قد تتعوق نمو الطفل في الجوانب المختلفة فضلا عن كونه يد من المؤلفات التي تساعد على عملية الطفل من الاضطرابات في مراحل نمو المختلفة ، فهو مرجع في التشخيص والتشيز والعلاج الوقائية لمعظم ما يحدثه الأطفال من اضطرابات نفسية

وبعرض الكتاب لمشكلات الإعاقات العقلية والاضطرابات التنسائية المستقلة والمشكلات المتعلقة بالتعلم والمشكلات السلوكية والاضطرابات الوجدانية ، فضلا عن طبيعة مشكلات الإساءة للأطفال والبراءا النفسية وسيد القارئ ما يبحث عنه في علم الاضطرابات النفسية للأطفال .

المؤلف